

MINISTÉRIO DA SAÚDE  
Secretaria de Atenção à Saúde  
Departamento de Ações Programáticas Estratégicas

Manual dos Comitês de  
**Mortalidade  
Materna**

3.<sup>a</sup> edição

Série A. Normas e Manuais Técnicos



Brasília – DF  
2007

© 2007 Ministério da Saúde.

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da área técnica.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <http://www.saude.gov.br/bvs>  
O conteúdo desta e de outras obras da Editora do Ministério da Saúde pode ser acessado na página: <http://www.saude.gov.br/editora>

Série A. Normas e Manuais Técnicos

Tiragem: 3.<sup>a</sup> edição – 2007 – 10.000 exemplares

*Elaboração, distribuição e informações:*

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Atenção à Saúde

Departamento de Ações Programáticas Estratégicas

Área Técnica de Saúde da Mulher

Comissão Nacional de Mortalidade Materna

Espanada dos Ministérios, Bloco G, Edifício Sede, 6.<sup>o</sup> andar

CEP. 70058-900 – Brasília – DF

Tel.: (61) 3315-2869

Fax (61) 3315-3403

Impresso no Brasil / *Printed in Brazil*

*Elaboração:*

Regina Coeli Viola – Área Técnica de Saúde da Mulher

Otaliba Libânio – Secretaria de Vigilância em Saúde

Lucilene Dias Cordeiro – Secretaria de Vigilância em Saúde

*Colaboração:*

Adelaide Suely Oliveira – Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres

Dirlene M. Ildefonso Silveira – Conselho Nacional de Secretários de Saúde

Leila Rangel da Silva – Associação Brasileira de Obstetras e Enfermeiros Obstetras

Maria Helena Prado de Mello Jorge – Faculdade de Saúde Pública – USP

Nereu Henrique Mansano

Paula Viana – Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos

Paulo de Jesus Hartmann Nader – Sociedade Brasileira de Pediatria

Pedro Pablo Chacel – Conselho Federal de Medicina

Ruy Laurenti – Centro Brasileiro de Classificação de Doenças – USP.

Sayonara Gurgel – Conselho Federal de Enfermagem

Sérgio H. de A. Martins Costa – Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia

#### Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.

Manual dos comitês de mortalidade materna / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 3. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2007.

104 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

ISBN 978-85-334-1330-6

1. Mortalidade materna. 2. Saúde da mulher. 3. Política de saúde. I. Título. II. Série.

NLM WQ 16

Catálogo na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2007/0108

*Títulos para indexação:*

Em inglês: Committees Manual of the Maternal Mortality

Em espanhol: Manual de los Comitês de Mortalidad Materna

EDITORA MS

Documentação e Informação

SIA trecho 4, lotes 540/610

CEP: 71200-040, Brasília – DF

Tels.: (61) 3233 1774/2020 Fax: (61) 3233 9558

E-mail: [editora.ms@saude.gov.br](mailto:editora.ms@saude.gov.br)

Home page: [www.saude.gov.br/editora](http://www.saude.gov.br/editora)

*Equipe editorial:*

Normalização: Cinthia Kikuchi

Revisão: Lilian Assunção e Vania Lucas

Fotografia da capa: João Brasil

Capa, projeto gráfico e diagramação: Fabiano Bastos

# Sumário

Apresentação	5
1 Introdução	7
2 Mortalidade Materna	9
2.1 Situação Atual	9
2.2 Conceitos Básicos	12
3 Comitê de Mortalidade Materna	19
3.1 Histórico	19
3.1.1 A Experiência Internacional	19
3.1.2 A Experiência Brasileira	20
3.2 Conceito	20
3.3 Finalidades e Funções	21
3.4 Caráter dos Comitês	22
3.5 Composição	22
3.6 Organização dos Comitês	24
4 Notificação Compulsória do Óbito Materno	25
5 Vigilância Epidemiológica da Mortalidade Materna	27
5.1 Declaração de Óbito	27
5.1.1 Preenchimento da Declaração de Óbito	28
5.2 Identificação e Investigação dos Óbitos Maternos	33
5.2.1 Agilização do Fluxo da Declaração de Óbito	33
5.2.2 Fontes de Informação	34
5.2.3 Triagem dos Óbitos	35
5.2.4 Levantamento de Dados	35
5.3 Correção dos Dados Notificados	36
5.4 Análise do Óbito Materno	37
5.5 Elaboração e Divulgação do Relatório	38
5.6 Propostas para Intervenções	40
5.7 Avaliação	40
5.8 Interlocução com Gestores	41
5.9 Recursos	41

Referências 43

Anexos 45

- Anexo A – Capítulo XV da CID 10 45
- Anexo B – Modelo de Regimento Interno 50
- Anexo C – Portaria n.º 653, de 28 de maio de 2003 53
- Anexo D – Portaria n.º 20, de 3 de outubro de 2003 55
- Anexo E – Portaria n.º 1.399, de 15 de dezembro de 1999 62
- Anexo F – Declaração de óbito 77
- Anexo G – Resolução n.º 1.601, de 9 de agosto de 2000 78
- Anexo H – Modelo de carta utilizada pelo  
Município de Porto Alegre 81
- Anexo I – Modelo de Credencial 83
- Anexo J – Modelo de mapa de óbito de mulheres  
em idade fértil 84
- Anexo K – Modelo de Carta de Apresentação 85
- Anexo L – Modelos de Instrumentos de Notificação de Óbito  
de Mulher em Idade Fértil e de Investigação  
Confidencial do Óbito Materno 86

# Apresentação

A redução da mortalidade materna e neonatal no Brasil é ainda um desafio para os serviços de saúde e a sociedade como um todo. As altas taxas encontradas se configuram como uma violação dos direitos humanos de mulheres e crianças e um grave problema de saúde pública, atingindo desigualmente as regiões brasileiras com maior prevalência entre mulheres e crianças das classes sociais com menor ingresso e acesso aos bens sociais.

Entendendo que o enfrentamento da problemática da morte materna e neonatal implica no envolvimento de diferentes atores sociais, de forma a garantir que as políticas nacionais sejam, de fato, executadas e respondam às reais necessidades locais da população, o Ministério da Saúde propôs a adoção do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal. Na perspectiva da equidade, o pacto incorpora ações específicas para mulheres negras e índias e seus recém-nascidos.

No processo de construção deste Pacto, a implantação dos comitês de morte materna foi identificada como uma das ações estratégicas. De fato, é uma importante estratégia para a melhoria do sistema de registro desses óbitos e, conseqüentemente, para o aumento da quantidade e da qualidade das informações disponíveis relativas à mortalidade materna. Com base nesses dados, estados e municípios podem estabelecer políticas mais eficazes de atenção à mulher no planejamento familiar, durante a gravidez, nos casos de aborto, no parto e no puerpério.

Este manual, publicado pelo Ministério da Saúde, por meio de parceria entre a Área Técnica de Saúde da Mulher e a Secretaria de Vigilância à Saúde, com a colaboração da Comissão Nacional de Mortalidade Materna, tem como principais funções oferecer subsídios às secretarias estaduais e municipais de saúde para a criação e o funcionamento de comitês de morte materna, bem como para implantar e implementar a notificação compulsória do óbito materno.



# 1 Introdução

As últimas décadas do século XX foram marcadas por grandes avanços científicos e tecnológicos nas áreas de saúde materna e perinatal. Hoje, graças a esse desenvolvimento, tornou-se inadmissível que o processo da reprodução cause danos às mulheres, levando-as à morte.

Ciente dessa realidade, o Ministério da Saúde vem adotando uma série de medidas para melhorar a qualidade da atenção à saúde da mulher, incluindo a atenção obstétrica. Uma estratégia fundamental para a prevenção do óbito materno é a criação e o fortalecimento de comitês de morte materna nos âmbitos nacional, regional, estadual, municipal e hospitalar.

Os comitês congregam instituições governamentais e da sociedade civil organizada cuja área de atuação é Saúde da Mulher. Os comitês, portanto, exercem um importante papel de controle social. Seus objetivos são identificar a magnitude da mortalidade materna, suas causas, os fatores que a determinam; e propor medidas que previnam a ocorrência de novas mortes. Eles também contribuem para a melhoria da informação sobre o óbito materno, permitindo avaliar os resultados da assistência prestada às gestantes.





## 2 Mortalidade Materna

### 2.1 Situação Atual

A mortalidade materna é uma das mais graves violações dos direitos humanos das mulheres, por ser uma tragédia evitável em 92% dos casos, e por ocorrer principalmente nos países em desenvolvimento.

Os índices de mortalidade materna nos países em desenvolvimento são alarmantes. Um estudo realizado pela Organização Mundial da Saúde estimou que, em 1990, aproximadamente 585.000 mulheres em todo o mundo morreram vítimas de complicações ligadas ao ciclo gravídico-puerperal. Apenas 5% delas viviam em países desenvolvidos.

Nas Américas, essa disparidade entre países desenvolvidos e em desenvolvimento fica mais evidente quando vemos que o Canadá e os Estados Unidos apresentam valores inferiores a nove óbitos maternos para 100.000 nascidos vivos, países como a Bolívia, o Peru e o Haiti chegam a mais de 200 óbitos. Em toda a América Latina, cerca de 28 mil mulheres morrem por ano devido a complicações na gravidez, no parto ou no puerpério. A grande maioria desses óbitos poderia ser evitada se as condições de saúde locais fossem semelhantes as dos países desenvolvidos.

Em alguns países com situação econômica desfavorável, como Cuba e Costa Rica, as razões de mortalidade materna são substancialmente inferiores, demonstrando que a morte materna pode ser um indicador da decisão política de garantir a saúde a esta parcela da população.

No Brasil, dois fatores dificultam o real monitoramento do nível e da tendência da mortalidade materna: a subinformação e o sub-registro das declarações das causas de óbito. A subinformação resulta do preenchimento incorreto das declarações de óbito, quando se omite que a morte teve causa relacionada à gestação, ao parto ou ao puerpério. Isso ocorre pelo desconhecimento dos médicos quanto ao correto preenchimento da declaração de óbito e quanto à relevância desse documento como fonte de dados de saúde. Já o sub-registro é a omissão do registro do óbito em cartório, freqüente nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, seja pela dificuldade de acesso aos cartórios, pela existência de cemitérios irregulares ou à falta de informação da população quanto à importância da declaração de óbito como instrumento de cidadania.

Assim, levando-se em conta apenas os óbitos declarados, a razão de mortalidade materna brasileira declinou durante a década de 80, mantendo-se inalterada entre 1988 e 1997, quando sofreu uma discreta elevação, em especial pelo aumento da razão de mortalidade materna por causas obstétricas indiretas. Como estes óbitos são de difícil registro, sugere-se que este aumento tenha sido devido a uma melhoria na qualidade das informações, provavelmente associado ao processo de investigação de óbitos de mulheres em idade fértil por meio dos comitês de morte materna. Em 1996, o Ministério da Saúde modificou o formulário para a declaração de óbito, introduzindo perguntas específicas para mulheres de 10 a 49 anos sobre o momento da morte e o fato de estar grávida ou se esteve grávida, com o objetivo de ampliar a captação dos óbitos maternos.

No período de 1999 a 2001, a razão de morte materna do Brasil apresentou uma queda, que pode estar associada a uma melhoria na qualidade da atenção obstétrica e ao planejamento familiar. Nesse período, a questão da mortalidade materna ganhou maior visibilidade e vários processos estaduais e municipais foram deflagrados para este enfrentamento.

Em 2003, a razão de mortalidade materna no Brasil obtida a partir de óbitos declarados foi de 51,7 óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos, e a razão de mortalidade materna corrigida<sup>1</sup> é de 72,4 por 100.000 nascidos vivos, correspondendo a 1.572 óbitos maternos.

Os maiores valores são encontrados nas regiões Nordeste e Centro-Oeste e o menor na região Sudeste.

Quanto às causas da morte, predominaram as obstétricas diretas, com destaque para as doenças hipertensivas e as síndromes hemorrágicas.

No Brasil, são poucos os dados de mortalidade materna com recorte racial/étnico. O quesito “cor”, apesar de constar na declaração de óbito, muitas vezes não é preenchido ou a informação não corresponde à realidade. Dessa forma, a sub-notificação da variável “cor” na maioria dos sistemas de informação da área de Saúde tem dificultado uma análise mais consistente sobre a saúde da mulher negra no Brasil.

Entende-se por população negra aquela composta pelas pessoas que se declaram de cor preta e as que se declaram de cor parda.

Os óbitos de mulheres da população parda apresentaram maior participação entre os óbitos por causas maternas no período de 2000 e 2003. Em 2003, o percentual de óbitos maternos de mulheres da cor parda foi 41,5%. Os óbitos maternos das mulheres da cor branca ficaram em segun-

---

<sup>1</sup> Pesquisa realizada por Laurenti e colaboradores em todas as capitais brasileiras que identificou o fator de correção de 1,4.

do lugar. Entre as mulheres pretas observou-se um aumento proporcional de óbitos por causas diretas (12,3%) e uma pequena redução entre as causas indiretas (0,4%). A região Centro-Oeste apresentou um aumento proporcional superior a 50% entre as causas diretas e uma redução de 79% entre as indiretas. Por outro lado, na região Sul verificou-se uma redução de 6% de óbitos por causas diretas e um aumento das causas indiretas.

Em 2003, entre as causas diretas, a doença hipertensiva específica da gestação (a eclâmpsia – O15 e a pré-eclâmpsia – O14) representou a primeira causa de óbito entre todas as categorias de raça/cor consideradas. Entre as mulheres brancas, esse tipo de causa representou 22,4%, entre as pretas 35,3% e entre as mulheres pardas a participação foi de 26,7%. Entre as mulheres pretas, o descolamento prematuro da placenta também foi superior ao observado entre as mulheres brancas e pardas. Os óbitos por aborto apresentaram maior participação entre as mulheres pretas e pardas (14,2% e 11%, respectivamente).

As causas de morte materna estão relacionadas à predisposição biológica das negras para doenças como a hipertensão arterial; fatores relacionados à dificuldade de acesso; à baixa qualidade do atendimento recebido e à falta de ações e capacitação de profissionais de saúde voltadas para os riscos específicos aos quais as mulheres negras estão expostas.

**Quadro 1. Razão de mortalidade materna no Brasil e regiões, ano de 2003**

Região	2003		
	Óbitos maternos*	Nascidos vivos**	RMM***
Brasil	1.572	3.038.251	51,7
Norte	177	311.335	56,9
Nordeste	584	930.145	62,8
Sudeste	492	1.181.131	41,7
Sul	200	389.675	51,3
Centro-oeste	119	225.965	52,7

Fonte: SIM e Sinasc/SVS/MS. Sem fator correção.

\* São consideradas as categorias e subcategorias do capítulo XV (exceto 096 e 097) e B20 a B24, desde que possível a informação de gravidez, no momento da morte ou até 42 dias antes do óbito, A34, M83.0, F53.D39.2 e E23.0.

\*\*Exceto os ignorados.

\*\*\* Dados tabulados pelo SIM/Sinasc no mês de julho de 2005.

## 2.2 Conceitos Básicos

### Morte Materna (Óbito Materno)

Morte materna é a morte de uma mulher durante a gestação ou até 42 dias após o término da gestação, independentemente da duração ou da localização da gravidez. É causada por qualquer fator relacionado ou agravado pela gravidez ou por medidas tomadas em relação a ela. Não é considerada morte materna a que é provocada por fatores acidentais ou incidentais.

### Mortes por Causas Maternas

Causas maternas são aquelas descritas no Capítulo XV e mortes maternas são aquelas, por essas causas, ocorridas até 42 dias após o término da gestação. Essas mortes por causas maternas e que não são mortes maternas recebem o código 096 (de 42 dias a um ano após o término da gestação) e o código 097 (um ano ou mais após o término da gestação).

### Morte Materna Obstétrica

As mortes maternas por causas obstétricas podem ser de dois tipos: as obstétricas diretas e as obstétricas indiretas.

Morte materna obstétrica direta é aquela que ocorre por complicações obstétricas durante gravidez, parto ou puerpério devido a intervenções, omissões, tratamento incorreto ou a uma cadeia de eventos resultantes de qualquer dessas causas. Corresponde aos óbitos codificados na CID 10 como: O00.0 a O08.9, O11 a O23.9, O24.4, O26.0 a O92.7, D39.2, E23.0 (estes últimos após criteriosa investigação), F53 e M83.0.

Morte materna obstétrica indireta é aquela resultante de doenças que existiam antes da gestação ou que se desenvolveram durante esse período, não provocadas por causas obstétricas diretas, mas agravadas pelos efeitos fisiológicos da gravidez. Corresponde aos óbitos codificados na CID 10 como: O10.0 a O10.9; O24.0 a O24.3; O24.9, O25, O98.0 a O99.8, A34, B20 a B24 (estes últimos após criteriosa investigação).

Os óbitos codificados como O.95 devem ser relacionados à parte como morte obstétrica não especificada.

### Morte Materna não Obstétrica

Morte materna não obstétrica é a resultante de causas incidentais ou acidentais não relacionadas à gravidez e seu manejo. Também chamada por alguns autores, como morte não relacionada. Estes óbitos não são incluídos no cálculo da razão de mortalidade materna.

### **Morte Materna Tardia**

Morte materna tardia é a morte de uma mulher, devido a causas obstétricas diretas ou indiretas, que ocorre num período superior a 42 dias e inferior a um ano após o fim da gravidez (CID O96).

### **Morte Materna Declarada**

A morte materna é considerada declarada quando as informações registradas na declaração de óbito (DO) permitem classificar o óbito como materno.

### **Morte Materna não Declarada**

A morte materna é considerada como não declarada quando as informações registradas na DO não permitem classificar o óbito como materno. Apenas com os dados obtidos na investigação é que se descobre tratar-se de morte materna.

### **Morte Materna Presumível ou Mascarada**

É considerada morte materna mascarada aquela cuja causa básica, relacionada ao estado gravídico-puerperal, não consta na DO por falhas no preenchimento. Ocorre quando se declara como fato ocasionador do óbito apenas a causa terminal das afecções ou a lesão que sobreveio por último na sucessão de eventos que culminou com a morte. Dessa forma, oculta-se a causa básica e impede-se a identificação do óbito materno.

As causas de morte que ocultam o estado gestacional são chamadas de máscaras, daí a expressão “morte materna mascarada”. Um exemplo comum refere-se à ocorrência do óbito da mulher internada na UTI, em cuja DO só há registro de uma causa terminal e não há registro da causa básica. Isto poderia ser evitado se, quando do preenchimento dessa declaração, fosse consultada a equipe que fez o acompanhamento obstétrico.

### **Lista de Máscaras que Devem ser Pesquisadas na Busca Ativa dos Óbitos Maternos**

- acidente vascular cerebral;
- broncopneumonia;
- causa desconhecida;
- choques, anafilático, hipovolêmico, endotóxico, neurogênico, ou séptico;
- coagulação intravascular disseminada;
- crise convulsiva;

- edema agudo de pulmão;
- embolia pulmonar;
- endometrite;
- epilepsia;
- falência miocárdica;
- hemorragia;
- hipertensão arterial;
- hipertensão intracraniana aguda;
- infarto agudo do miocárdio;
- insuficiência cardíaca congestiva;
- insuficiência cardíaca por estenose mitral;
- insuficiência hepática aguda;
- insuficiência renal aguda;
- miocardiopatia;
- morte sem assistência médica;
- peritonite;
- pneumonia;
- septicemia;
- tromboembolismo;
- parada cardíaca;
- pelviperitonite.

Vale enfatizar a importância do preenchimento correto da DO pelos médicos, evitando as máscaras e identificando os fatores que realmente ocasionaram o quadro patológico, sem os quais não ocorreria a morte. Assim, será possível identificar o óbito materno, definir o perfil da mortalidade e elaborar políticas de combate às suas causas com maior eficiência.

É recomendável que cada região, estado ou município produza a sua lista de causas que comumente mascaram mortes maternas e induzem à subinformação, de forma a tornar mais eficiente a investigação de óbitos femininos. Essa lista é mutável (no tempo e no espaço), podendo ser acrescentados outros diagnósticos, daí ser importante sua revisão periódica.

### **Morte Relacionada à Gravidez**

Morte relacionada à gravidez é a morte de uma mulher durante o período gestacional ou até 42 dias após o término da gravidez, qualquer que tenha sido a causa do óbito. Corresponde, portanto, à soma das mortes obstétricas com as não obstétricas.

### **Mulher em Idade Fértil**

Segundo a definição internacional, é a mulher entre 15 e 49 anos de idade.

No Brasil, considera-se idade fértil a faixa etária entre 10 a 49 anos.

A definição brasileira de idade fértil teve como base a experiência dos comitês de morte materna, as estatísticas de registros vitais e de procedimentos médicos realizados, que revelam a ocorrência de gravidez em mulheres com menos de 15 anos.

### **Mortalidade de Mulheres em Idade Fértil**

Internacionalmente, corresponde aos óbitos de mulheres na faixa de 15 a 49 anos de idade. No Brasil, a faixa etária analisada é de 10 a 49 anos.

### **Morte Hospitalar**

Morte hospitalar é aquela que ocorre a qualquer momento e em qualquer dependência de um hospital ou estabelecimento de saúde, independentemente do tempo transcorrido entre a chegada da paciente e seu falecimento. O óbito da paciente dentro da ambulância, a caminho do hospital, também é considerado hospitalar.

### **Morte Domiciliar**

Morte domiciliar é aquela que ocorre dentro do domicílio.

### **Morte em Via Pública**

Morte em via pública é aquela que ocorre em local público ou em trânsito num veículo não destinado especificamente ao transporte de pacientes e/ou sob a responsabilidade de pessoa não profissional de saúde.

### **Nativo ou Nascido Vivo**

Nascimento vivo é a expulsão ou extração completa do corpo da mãe, independentemente da duração da gravidez, de um produto de concepção que, depois da separação, respire ou apresente quaisquer outros sinais de vida, tais como batimentos do coração, pulsações do cordão umbilical ou movimentos efetivos dos músculos de contração voluntária, estando ou não cortado o cordão umbilical e desprendida a placenta.

## **Óbito Fetal**

Óbito fetal é a morte do produto da gestação antes da expulsão ou de sua extração completa do corpo materno, independentemente da duração da gravidez. Indica o óbito o fato de depois da separação, o feto não respirar nem dar outro sinal de vida, como batimentos do coração, pulsações do cordão umbilical ou movimentos efetivos dos músculos de contração voluntária.

## **Abortamento**

É a expulsão ou extração de um produto da concepção, sem sinais de vida, com menos de 500 gramas e/ou estatura menor ou igual a 25cm ou menos de 22 semanas de gestação.

O aborto é tão-somente o produto da concepção expulso no abortamento. É a perda ou óbito fetal com menos de 500g e/ou estatura menor ou igual a 25cm ou menos de 22 semanas de gestação.

## **Razão de Mortalidade Materna**

Relaciona as mortes maternas obstétricas diretas e indiretas com o número de nascidos vivos, e é expresso por 100.000 nascidos vivos.

Freqüentemente, a razão de mortalidade materna é chamada de “taxa” ou “coeficiente”. Contudo, ela só poderia ser designada assim se o seu denominador fosse o número total de gestações. Na impossibilidade de obtenção desse dado, utiliza-se por aproximação o número de nascidos vivos, o que torna mais adequado o uso da expressão “razão”.

No cálculo da razão de mortalidade materna, devem ser consideradas as mortes classificadas no Capítulo XV da CID 10 (Anexo A), com exceção dos códigos O96 e O97 (morte materna tardia e morte por seqüela de causa obstétrica direta). Algumas doenças que não constam no Capítulo XV também devem ser levadas em conta. São elas: tétano obstétrico (cód. A34, Cap. I); osteomalácia puerperal (cód. M83.0, Cap. XII); transtornos mentais e comportamentais associados ao puerpério (cód. F53, Cap. V); necrose pós-parto da hipófise (cód. E23.0, Cap. IV), mola hidatiforme maligna (cód. D39.2, Cap. II) e doenças causadas pelo vírus da imunodeficiência humana (cód. B20 a B24, Cap. I.). Nos últimos três casos, deve ficar comprovada a relação com o estado gravídico-puerperal e o óbito deve ter ocorrido até 42 dias após o parto.

É importante destacar que, embora sejam raras, existem causas externas (Cap. XX) que comprometem o estado gravídico-puerperal e que devem entrar no cálculo da razão de mortalidade materna, desde que não haja dúvida em relação à esse comprometimento.



### *Cálculo:*

O cálculo da razão deve ser feito sempre para a mesma área e a mesma unidade de tempo, e o seu resultado deve ser multiplicado por “K” (seguindo padrão internacional adotado, k = 100.000).

$$\frac{\text{N.º de óbitos maternos (diretos e indiretos)}}{\text{N.º de nascidos vivos}} \times 100.000$$

Para o cálculo dos óbitos maternos ocorridos até 1995, utiliza-se a CID 9 e para os óbitos que ocorreram a partir de 1996 usa-se a CID 10.

### **Razão de Mortalidade Específica**

A razão de mortalidade pode ser especificada segundo um amplo conjunto de variáveis relacionados às características da mulher (grupo etário, cor/raça, local de residência, etc.) ou do óbito (a causa específica, local de ocorrência, entre outras).

Para se calcular o risco de morte materna na faixa etária de 40 a 49 anos, por exemplo, adota-se a seguinte fórmula:

$$\frac{\text{N.º de óbitos maternos na faixa de 40 a 49 anos.}}{\text{N.º de nascidos vivos de mães de 40 a 49 anos}} \times 100.000$$

O exemplo seguinte refere-se à razão de mortalidade materna por eclâmpsia:

$$\frac{\text{N.º de óbitos maternos por eclâmpsia.}}{\text{N.º de nascidos vivos}} \times 100.000$$

Estão relacionados a seguir os códigos que devem ser utilizados para cálculo da razão de grupos de causas de morte materna.

**Hipertensão:** CID9, capítulo XI soma-se os óbitos registrados com os códigos 642.0, 642.3, 642.4, 642.5, 642.6, 642.7 e 642.9. Não são considerados os códigos 642,1 e 642,2.

CID10 capítulo XV soma os óbitos registrados com os códigos O11, O13, O14, O15 e O16.

**Hemorragia:** CID9 capítulo XI soma-se os óbitos registrados com os códigos 640, 641, 665.0, 665.1 e 666.

CID10 capítulo XV códigos O20, O44, O45, O46, O67, O71.0, O71.1 e O72.

**Infecção puerperal:** CID9 capítulo XI código 670.

CID10 capítulo XV códigos O85 e O86.

**Gravidez que termina em aborto:** CID9 capítulo XI códigos 630, 631, 632, 633, 634, 635, 636, 637, 638 e 639.

CID10 capítulo XV códigos O.00 a O.08.

**Aborto:** CID 10 capítulo XV códigos O.03 a O.07.

#### **Fator de Correção**

É a relação entre o total de mortes maternas declaradas mais as encontradas em investigação.

*Cálculo:*

$$FC = \frac{\text{N.º de óbitos maternos declarados} + \text{N.º de óbitos maternos identificados na investigação}}{\text{N.º de óbitos maternos declarados}}$$

# 3 Comitê de Mortalidade Materna

## 3.1 Histórico

### 3.1.1 A Experiência Internacional

Os primeiros comitês de morte materna de que se tem notícia foram criados nos Estados Unidos, na Filadélfia, em 1931, e em Nova Iorque, no ano seguinte. Mas a experiência internacional mais conhecida do trabalho dos comitês acabou sendo a do Reino Unido.

Preocupados em diminuir o número de mortes maternas, os ingleses iniciaram em 1952 a primeira Investigação Confidencial sobre Mortes Maternas. Os resultados serviram como base para o desenvolvimento de medidas eficazes de prevenção dos óbitos. E foi tão positivo que as investigações continuam se realizando até hoje, com publicação periódica de relatórios.

Na América Latina, é digna de nota a experiência de Cuba com os comitês. Lá, existe, desde 1987, uma comissão nacional responsável por analisar todos os óbitos maternos do país, notificando-os em, no máximo, 24 horas e investigando-os no prazo de 15 dias. As avaliações dos óbitos retornam às instituições de saúde onde eles ocorreram, e os dados gerados alimentam o Sistema Nacional de Informações sobre Mortalidade Materna.

Após a Conferência de Nairobi, em 1987, a redução da mortalidade materna passou a ser um compromisso para todos os países em desenvolvimento. Na América Latina, esse pacto pela saúde se refletiu no estímulo à implantação de novos comitês de morte materna a partir de 1990, com a 23.<sup>a</sup> Conferência Sanitária Pan-Americana. Nessa reunião, foi estabelecido um conjunto de resoluções que, entre outras, recomendava a definição de uma política de assistência integral à saúde da mulher e a implantação de um sistema de vigilância da mortalidade materna.

Ao final de 1995, quase todos os países da América Latina e do Caribe registravam, com diferentes graus de desenvolvimento, a implementação e o funcionamento de comitês de morte materna e/ou de sistemas de vigilância das mortes maternas. Atualmente, existem comitês nacionais, regionais e locais na Argentina, na Colômbia, no Equador, no México, na Nicarágua, no Panamá, no Paraguai e no Peru. Em Cuba, República Dominicana e Guatemala existem comitês nacionais e regionais. O Chile tem apenas um comitê nacional. Nos demais países, não há informações relativas à formação de comitês.

### **3.1.2 A Experiência Brasileira**

No Brasil, a implantação dos comitês estaduais de morte materna tem sido adotada como estratégia da Política de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), delineada em 1984 pelo Ministério da Saúde.

Mas foi a partir de 1987 que, de fato, se deu o desenvolvimento dos comitês de morte materna em todo o Brasil. Com o apoio do Ministério da Saúde, formaram-se os primeiros Comitês Municipais no Estado de São Paulo. Em seguida, o movimento ganhou maior dimensão, chegando aos estados do Paraná, Goiás e Rio de Janeiro.

Nesse processo, o Ministério contou com uma equipe de consultores formada por gestores estaduais, professores universitários e representantes de sociedades científicas. A heterogeneidade dos integrantes, característica desse grupo pioneiro, mais tarde se consolidaria como estratégia dos comitês para garantir a sintonia entre as políticas propostas e as reais necessidades dos diferentes segmentos da população.

Mobilizando instituições ligadas à saúde da mulher em todo o país, o Ministério da Saúde conseguiu que fossem implantados comitês estaduais de morte materna em todos os estados da federação no período de 1993 a 1996. Estes comitês contaram também com assessoria técnica do Ministério para a definição de planos de ação, a captação de recursos financeiros, e para sensibilização de autoridades sanitárias para a adoção de medidas de prevenção às mortes maternas.

Neste ínterim, em 1994, foi instituída a Comissão Nacional de Morte Materna, grupo que congrega representantes de organizações governamentais, sociedades científicas, movimento de mulheres e técnicos de notório saber.

Em 2005, os 27 comitês estaduais de morte materna estavam implantados. No mesmo ano, registrava-se a existência de 172 comitês regionais, 748 municipais e 206 hospitalares.

Apesar de constituir estratégia bem aceita por todos os estados brasileiros, a implantação de comitês oscila entre avanços e retrocessos. Isso indica a necessidade de se fortalecer o controle social neste processo, de forma a garantir a sua continuidade.

## **3.2 Conceito**

Os comitês de morte materna são organismos de natureza interinstitucional, multiprofissional e confidencial que visam analisar todos os óbitos maternos e apontar medidas de intervenção para a sua redução na re-

gião de abrangência. Representam, também, um importante instrumento de acompanhamento e avaliação permanente das políticas de atenção à saúde da mulher.

### **3.3 Finalidades e Funções**

#### **Estimulo à Criação de Comitês**

- Promoção de seminários regionais e municipais de sensibilização, em articulação com a sociedade civil organizada.
- Capacitação permanente dos membros de comitês.

#### **Investigação de Óbitos**

- Realização de investigações dos óbitos maternos nas localidades onde o setor de Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Saúde não está capacitado. Ou, ainda, quando essa for a decisão local.
  - a) Da natureza do óbito
    - Triagem dos óbitos declaradamente maternos, dos não-maternos e dos presumíveis, e preenchimento da ficha de investigação;
    - Investigação de todos os óbitos de mulheres em idade fértil para identificação de mortes maternas não declaradas.
  - b) Das circunstâncias em que ocorreu o óbito
    - Verificação das condições de assistência à mulher;
    - Identificação das características da estrutura social (família e comunidade).

#### **Análise do Óbito**

- Avaliação dos aspectos da prevenção da morte: definição da evitabilidade do óbito materno;
- Identificação dos fatores de evitabilidade:
  - a) da comunidade e da mulher;
  - b) profissionais;
  - c) institucionais;
  - d) sociais;
  - e) intersetoriais;
  - f) inconclusivos;
  - g) ignorados.

### **Informação**

- Participação na correção das estatísticas oficiais, facilitando o fortalecimento dos sistemas de informações;
- Divulgação de relatórios para todas instituições e órgãos competentes que possam intervir na redução das mortes maternas.

### **Educação**

- Promoção da discussão de casos clínicos nos comitês hospitalares;
- Promoção do debate sobre a persistência dos níveis de mortalidade materna a partir de evidências epidemiológicas;
- Promoção do debate sobre a problemática da mortalidade materna através da realização de eventos de prevenção, de programas de reciclagem e de educação continuada e da produção de material educativo.

### **Definição de Medidas Preventivas**

- Elaboração de propostas de medidas de intervenção para a redução do óbito materno a partir do estudo de todos os casos.

### **Mobilização**

- Promoção da interlocução entre todas as instituições pertencentes a qualquer dos poderes públicos ou setores organizados da sociedade civil, com a finalidade de garantir a execução das medidas apontadas.

## **3.4 Caráter dos Comitês**

Os comitês são fundamentalmente interinstitucionais e multiprofissionais. Têm uma atuação técnico-científica, sigilosa, não-coercitiva ou punitiva, com função eminentemente educativa e de acompanhamento da execução de políticas públicas.

## **3.5 Composição**

A escolha dos membros dos comitês de morte materna depende das características das instituições e da população de cada região. É fundamental que sejam constituídos por representantes das diversas instituições relacionadas com o atendimento à mulher e o registro de eventos vitais ou, ainda, que tenham capacidade técnica para desempenhar a referida função.

A participação das sociedades científicas, entidades de classe, entidades de defesa dos direitos das mulheres, dos representantes do movimento de mulheres e feministas, e instituições de ensino tem se mostrado fundamental na análise dos óbitos, definição de medidas e implementação destas medidas.

A representação do movimento de mulheres negras e índias pode garantir um recorte de raça e etnia às finalidades e funções dos comitês.

A representação do Ministério Público nos comitês é da maior relevância para definir formas inovadoras de garantir a implementação das medidas preventivas definidas pelos comitês. No Estado de Pernambuco foi assinado protocolo de intenção entre o Ministério Público daquele estado e o Comitê de Estudos da Mortalidade Materna que estabelece uma cooperação mútua visando à adequada atenção à saúde da mulher e o fortalecimento das políticas públicas para a maternidade segura. Este convênio foi objeto de várias reuniões entre o comitê e o Ministério Público constituindo um preâmbulo a outro convênio assinado posteriormente entre o Ministério Público e a Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco.

Os comitês de morte materna podem ser compostos por representantes das seguintes instituições:

- Secretarias de saúde (Área Técnica de Saúde da Mulher, Vigilância Epidemiológica, Programas Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde);
- Conselho Regional de Medicina;
- Conselho Regional de Enfermagem;
- Sociedades científicas (ginecologia e obstetrícia, pediatria e enfermagem obstétrica, entre outras);
- Movimento de mulheres;
- Movimento de mulheres negras e índias;
- Faculdades de medicina, enfermagem e saúde pública;
- Conselhos de saúde;
- Ministério Público;
- Secretarias, coordenadorias ou conselhos de defesa dos direitos da mulher.

Os municípios que têm parteiras devem contemplar sua representação no comitê.

Instituições relacionadas à defesa dos direitos dos trabalhadores rurais têm manifestado interesse em participar dos comitês, o que pode ser uma experiência interessante para a definição de políticas de saúde voltadas para mulheres residentes no campo.

Vale destacar que em municípios de pequeno porte, com frequência, inexistem as representações das instituições citadas acima, o que não deve ser impeditivo para a organização de um comitê. Nesses casos os comitês podem ser formados por profissionais que possam ser capacitados para tal função.

Em se tratando de comissão ou comitês de estudo dos óbitos hospitalares, recomenda-se a seguinte composição: chefe da obstetrícia, chefe da enfermagem, enfermeiros e demais categorias profissionais envolvidas com a atenção ao parto,

### **3.6 Organização dos Comitês**

Embora municípios e instituições de saúde tenham autonomia para organizar comitês de morte materna, é mais comum que eles se estabeleçam a partir da formação do Comitê Estadual de Morte Materna (CEMM).

De qualquer maneira, é importante que comitês municipais e hospitalares estejam vinculados às secretarias estaduais de saúde, de forma a obter o apoio técnico-administrativo essencial ao exercício de suas funções, atuando como órgãos de assessoria técnica para correção de estatísticas oficiais, definição de estratégias e acompanhamento da execução das mesmas.

O primeiro passo para a criação de um comitê de morte materna é a promoção de um seminário ou oficina para sensibilizar os representantes das instituições escolhidas para compô-lo. Nessa ocasião, é aconselhável colocar em debate as informações relativas à assistência obstétrica e ao planejamento familiar; os dados e as classificações de óbitos maternos disponíveis; e as características, funções, finalidades e operacionalização dos comitês. Uma vez confirmado o interesse das instituições presentes em compor o comitê de morte materna, é feita a convocação oficial.

Alguns comitês promovem seminários, oficinas ou cerimônias de posse de seus membros para informar a população em geral do início de suas atividades. Outros realizam a primeira reunião, quando se debate uma proposta de regimento interno (Anexo B). Nas reuniões seguintes, é elaborado um plano de ação.

Comitês estaduais geralmente incluem em seu plano de ação como atividade principal a formação de comitês regionais ou municipais. Os demais comitês costumam iniciar suas atividades com a investigação imediata dos óbitos maternos.



## 4 Notificação Compulsória do Óbito Materno

No dia 28 de maio de 2003, o Dr. Humberto Costa, Ministro de Estado da Saúde, levando em consideração que a redução da morte materna é uma prioridade, assinou a Portaria n.º 653 (Anexo C), estabelecendo que o óbito materno passa a ser considerado evento de notificação compulsória, tornando obrigatória a investigação, por parte de todos os municípios, dos óbitos de mulheres em idade fértil cujas causas possam ocultar o óbito materno (BRASIL, 2003b). Definiu, ainda, que o instrumento para notificação compulsória é a declaração de óbito, que deve seguir o fluxo estabelecido pela Secretaria de Vigilância em Saúde para regulamentação do Sistema de Informação sobre Mortalidade conforme os Arts. 10.º, 11, 12 e 13, da Seção III, da Portaria n.º 474, de 31 de agosto de 2000, da Fundação Nacional de Saúde, que foi substituída pela Portaria n.º 20, de 3 de outubro de 2003, que regulamenta a coleta de dados, o fluxo e a periodicidade de envio das informações sobre óbitos e nascidos vivos para os Sistemas de Informações em Saúde (SIM) e Sinasc (Anexo D).



# 5 Vigilância Epidemiológica da Mortalidade Materna

A vigilância epidemiológica é definida como “a observação e a análise rotineira tanto da ocorrência e distribuição das doenças como dos fatores relacionados ao seu controle, para a execução oportuna das ações”.

A Portaria n.º 1.399 do Ministério da Saúde (BRASIL, 1999), publicada em 15 de dezembro de 1999 (Anexo E), estabelece na seção III, artigo 3.º, inciso XIII, que a vigilância epidemiológica da mortalidade infantil e materna é uma das atribuições do município, cabendo a ele garantir estrutura e equipes compatíveis com o exercício dessas atividades. Entende-se, daí, que as ações de vigilância epidemiológica de morte materna devem ser executadas pelas secretarias municipais e, de forma complementar ou suplementar, pelas secretarias estaduais de saúde.

Dada a importância da realização dessa prática, nos locais onde os setores de vigilância epidemiológica não estão aptos a assumi-la, recomenda-se que os comitês de morte materna o façam. Nesse caso, as atividades devem ser desenvolvidas em profunda parceria com os departamentos de vigilância epidemiológica, de forma a alimentar seus sistemas de informação de estatísticas vitais.

## 5.1 Declaração de Óbito

A declaração de óbito (DO) é um documento oficial que serve como prova da morte de um indivíduo. Ela atende a duas finalidades básicas: cumprir as exigências legais de registro dos óbitos e servir de fonte de dados para estatísticas sanitárias. É especialmente importante no que se refere à vigilância epidemiológica da morte materna, servindo como ponto de partida para as investigações.

Segundo a Lei n.º 6.015, de 31 de dezembro de 1973 (BRASIL, 1973), Artigo 77, nenhum sepultamento deve ser feito sem certidão de óbito emitida pelo cartório local, extraída após lavratura do assento do óbito à vista da DO. As informações declaradas ficam registradas nos livros de registro competentes e não são modificadas, a não ser por decisão judicial.

Em 1975, o Ministério da Saúde adotou um mesmo modelo de declaração de óbito para todo o país, que sofreu modificações, sendo hoje constituído de nove blocos e contém 62 variáveis (Anexo F). O bloco destinado

à declaração das causas da morte foi elaborado segundo o “Modelo Internacional de Certificado Médico da Causa da Morte”, usado em todos os países e recomendado pela Organização Mundial da Saúde.

### **5.1.1 Preenchimento da Declaração de Óbito**

A Declaração de Óbito deve ser preenchida pelo médico em três vias. Conforme os termos do Artigo 115, do Código de Ética Médica (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 1988), é vedado ao médico deixar de atestar óbito do paciente ao qual vinha prestando assistência, exceto quando houver suspeita de morte violenta. A resolução do Conselho Federal de Medicina n.º 1601/2000, (Anexo G) por sua vez, veda ao médico atestar óbito quando não o tenha verificado pessoalmente, ou quando não tenha prestado assistência ao paciente, salvo se o fizer como plantonista ou médico substituto, ou em caso de necropsia e verificação médico-legal.

Nos casos de morte natural sem assistência médica, a DO deve ser fornecida somente pelos médicos do Serviço de Verificação de Óbito (SVO). Caso o local não conte com esse serviço, o atestado deve ser assinado pelos médicos do serviço público de saúde local. Na falta deles, qualquer médico local pode atestar a morte, especificando, entretanto, “óbito sem assistência médica”. Não havendo médico na localidade, a declaração de óbito deve ser emitida por um declarante e duas testemunhas maiores e idôneas, podendo ser parentes do morto que presenciaram ou se certificaram do óbito.

Já nos casos de morte natural com assistência médica, a DO do paciente internado sob regime hospitalar deve ser fornecida pelo médico que o assistiu ou, na sua ausência, por médico substituto pertencente à instituição. Se o paciente estava em tratamento sob regime ambulatorial, a DO deve ser fornecida pelo médico que prestava assistência ou pelo Serviço de Verificação de Óbito (SVO).

Se a morte ocorreu de forma violenta ou não natural, a DO deve obrigatoriamente ser fornecida pelo Instituto Médico-Legal (IML). Nas localidades sem IML, cabe à autoridade policial nomear duas pessoas idôneas, de preferência, técnicos em peritagem, para este mister.

Em caso de morte súbita, com causa desconhecida, recomenda-se investigar as causas da morte por meio de estudo anatomopatológico.

Do ponto de vista epidemiológico, o bloco VI da DO, referente às causas da morte, é uma das partes mais importantes, pois contém valiosas informações sobre os motivos que levaram ao óbito. Ele deve ser preenchi-

do de forma a permitir a correta identificação da causa básica, isto é, da doença ou lesão que iniciou a cadeia de acontecimentos patológicos que conduziram diretamente à morte ou às circunstâncias do acidente ou violência que produziram a lesão fatal. A seguir, são apresentados exemplos de DO preenchidas incorretamente e como deveriam ser preenchidas.

### **1.º Exemplo:**

Mulher atendida na emergência às 22h com quadro de queda da pressão arterial, hemoglobina de 7 g/l, volume globular de 28%, dor à palpação de abdome, distensão abdominal e macicez de decúbito. Às 23h, foi encaminhada para laparotomia e recebeu duas unidades de concentrado de hemácias. Na cirurgia, sofreu parada cardíaca. Durante a laparotomia, constatou-se quadro de gravidez ectópica rota.

### **Causas da morte na DO:**

#### **Parte I**

- a) Parada cardiorrespiratória
- b) Insuficiência renal aguda
- c) Choque hipovolêmico

Comentário: o médico que cuidou do caso constatou a gravidez ectópica rota mas não a declarou na DO. A forma correta de preenchimento seria:

#### **Parte I**

- a) Falência de órgãos
- b) Choque hipovolêmico
- c) Anemia aguda
- d) Gravidez ectópica rota

### **2.º Exemplo:**

Parturiente de 23 anos, III gesta, I para, I aborto, dez consultas de pré-natal desde janeiro. Internada no dia 28/9/97, às 2h, com história de gestação no curso do nono mês, em trabalho de parto, apresentação cefálica, dilatação cervical de 6cm, PA 110X60. Deu à luz às 5h45 do mesmo dia. Às 8h detectou-se hemorragia pós-parto, sendo a puérpera submetida à histerectomia subtotal e evoluindo para óbito às 9h40 no transoperatório.

## **Causas da morte na DO:**

### **Parte I**

- a) Anemia aguda
- b) Hemorragia intensa
- c) Coagulopatia intravascular disseminada

Comentário: Foi omitido que a coagulopatia foi decorrente de um quadro grave de hemorragia puerperal. A declaração de óbito deveria ter sido preenchida da seguinte maneira:

### **Parte I**

- a) Anemia aguda
- b) Hemorragia interna
- c) Coagulopatia intravascular disseminada pós-parto

## **Parte II - Gestação de nove meses**

### **3.º Exemplo**

Parturiente de 15 anos, casada há dois anos, primigesta, nove consultas de pré-natal desde o segundo mês. No final da gestação diagnosticou-se, pelo ultra-som, apresentação fetal pélvica. Na ocasião, apresentavam-se quadros hipertensivos. Segundo familiares, “quando as dores apertaram, o marido levou para o hospital de madrugada e a médica deu uma injeção e disse que não estava na hora” (sic). A paciente passou a madrugada com dor e, como não melhorou, retornou ao hospital pela manhã, ficando em observação. Segundo o prontuário, às 7h, ela foi admitida em trabalho de parto com idade gestacional de 40 semanas e DHEG leve. Na sala de pré-parto, houve evolução do quadro com pico hipertensivo de 190X110mmHg, e a paciente foi medicada com aldomet 750mg/dia e hidralazina. Às 14h15, foi indicada cesárea devido à apresentação pélvica, detectado feto morto em primigesta e evolução de DHEG leve para grave. Por ocasião da indução anestésica, a paciente teve convulsões generalizadas que persistiram no transoperatório, evoluindo com parada cardiorrespiratória irreversível. O corpo foi encaminhado para o SVO, cujo laudo foi:

- Causa indeterminada
- Edema cerebral
- Congestão polivisceral

## **Causas da morte na DO:**

### **Parte I**

- a) A esclarecer dependendo de exames complementares

Comentário: O médico patologista não recebeu as informações sobre a história de saúde da paciente e, assim, não conseguiu determinar a causa de óbito. Na realidade, o próprio médico que atendeu à paciente já tinha feito o diagnóstico. O atestado de óbito deveria ter sido preenchido da seguinte forma:

### **Parte I**

- a) Parada cardiorrespiratória
- b) Convulsões eclâmpicas
- c) Edema cerebral
- d) Eclâmpsia grave

## **Parte II - Gestação de nove meses**

Feto morto

### **4.º Exemplo**

Paciente de 19 anos, casada há um ano, primigesta, fez pré-natal desde o segundo mês de gestação. A partir do quarto mês foi diagnosticada gestação de alto risco. No quinto mês, a gestante esteve internada e foi aconselhada a interromper a gravidez. Antes da data prevista para a interrupção, teve uma parada cardíaca. Foi internada com diagnóstico de cardiopatia reumática descompensada. No terceiro dia de internação, teve nova parada cardíaca, respondendo às manobras de ressuscitação. Foi feita cesárea para retirada de feto morto. Às 20h, fez outra PCR em assistolia, sem resposta às manobras.

## **Causas da morte na DO:**

### **Parte I**

- a) Edema e congestão pulmonar
- b) Cardiopatia dilatada
- c) Cardiopatia reumática crônica com estenose mitral acentuada

Comentário: foi omitido o estado gestacional da paciente, a causa verdadeira da descompensação de seu estado de saúde. Assim, o atestado deveria ter sido preenchido da seguinte forma:

## Parte I

- a) Edema e congestão pulmonar
- b) Cardiopatia dilatada
- c) Cardiopatia reumática crônica complicada pela gestação

Parte II - Cardiopatia reumática crônica com estenose mitral acentuada

Gestação de 5 meses

### 5.º Exemplo

Paciente de 21 anos, branca, solteira, estudante, última gestação em 20/8/97, gesta II, aborto II, usava anticoncepcional hormonal. Admitida em 23/1/98 às 11h30, com três a quatro meses de gestação e sangramento vaginal. No momento da admissão, apresentava quadro de choque hipovolêmico com P.A. 60X30 mmHg, pulso 120 bpm e mucosas hipocoradas. Por ocasião do internamento, a paciente negava a gravidez. Diagnosticou-se aborto incompleto infectado, sendo indicada curetagem uterina sob anestesia peridural e administradas 30 unidades de syntocinon. Após a curetagem, apresentava hemorragia uterina. Às 12h45 perdeu o acesso venoso, sendo transferida para a UTI do hospital B com diagnóstico de choque hipovolêmico e septicemia por abortamento infectado. O óbito ocorreu às 15h05.

**Causas da morte na DO:**

## Parte I

- a) Choque septicêmico
- b) Endometrite

Comentário: O preenchimento da DO foi incorreto. A causa básica do óbito (aborto não especificado complicado com hemorragia – CID O06.1) não foi mencionada. A maneira correta de preenchimento seria:

- a) Choque
- b) Septicemia
- c) Endometrite
- d) Aborto incompleto infectado

Vale lembrar que os manuais de preenchimento da declaração de óbito devem estar disponíveis nos setores de vigilância epidemiológica de todas as secretarias de saúde.



## 5.2 Identificação e Investigação dos Óbitos Maternos

A investigação dos óbitos maternos proporciona informações sobre os problemas que contribuíram para essas ocorrências e serve de guia para o desenvolvimento de intervenções voltadas para prevenção desse tipo de morte no futuro. Ela deve ser iniciada pelos profissionais que digitam os dados no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM)<sup>1</sup> e/ou realizada pelos setores de vigilância epidemiológica ou pelos comitês, dependendo da demanda local.

Nesse último caso, é importante que os membros dos comitês que não fazem parte do quadro administrativo das secretarias de saúde sejam oficialmente credenciados por autoridades dessas instituições, de forma a facilitar a investigação nos hospitais e demais serviços de saúde (Anexo I).

Amparados por portarias governamentais e credenciados por autoridades sanitárias, os membros do comitê responsáveis pelas investigações são elementos representativos da estrutura governamental, estando, portanto, aptos a acessar os prontuários médicos. No entanto, para evitar possíveis entraves ao trabalho, o comitê pode definir que membros de associações comunitárias que não são profissionais de saúde não sejam destacados para funções investigativas.

### 5.2.1 Agilização do Fluxo da Declaração de Óbito

Ao iniciar a investigação de óbitos maternos, deve-se verificar nas regionais, nos municípios ou distritos se o fluxo da DO está formalizado e se é ágil. Do contrário, medidas de regularização desse fluxo devem ser tomadas, assegurando a chegada da DO às secretarias municipais de saúde no período mais breve possível (de preferência, no máximo sete dias após o óbito).

Uma vez que o óbito da mulher conduz, com frequência, à desintegração familiar com mudança de domicílio, a agilidade no fluxo da DO é muito importante – só assim, é possível efetuar a tempo a visita domiciliar, fonte de importantes esclarecimentos sobre óbito materno.

A Portaria n.º 20/2003 (BRASIL, 2003a), da Secretaria de Vigilância em Saúde, publicada em 9 de outubro de 2003, que regulamenta a coleta, o fluxo e a periodicidade do envio de dados sobre óbitos para o Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), define que as secretarias municipais de saúde são responsáveis pelo fornecimento gratuito de DO à estabelecimentos de saúde, Institutos Médico Legais (IML), Serviços de Verificação

---

<sup>1</sup> Na Secretaria do Estado do Rio Grande do Sul e de Porto Alegre quando uma declaração de óbito é mal preenchida o setor de informação envia, sistematicamente, cartas aos médicos solicitando informações sobre o evento (Anexo H)

de Óbitos (SVO), cartórios do Registro Civil e médicos cadastrados pelas secretarias estaduais e municipais de saúde.

Em caso de óbito natural ocorrido em estabelecimentos de saúde, a primeira das três vias da DO deve ser entregue preenchida diretamente à secretaria municipal de saúde. A segunda via deve ser entregue à família da falecida para a obtenção da certidão de óbito junto ao Cartório do Registro Civil, que reterá o documento. A terceira deve ser arquivada no prontuário da falecida. Já nos casos de óbitos naturais sem assistência médica ou por causas acidentais ou violentas, esse fluxo deve ser seguido, também, pelo IML, pelo SVO e pelo cartório, quando for o caso.

Nos municípios onde há serviço de funerária oficial ou central de óbitos, as três vias da DO preenchidas pelos médicos devem ser encaminhadas pela família da falecida a essa agência. A primeira e terceira vias serão utilizadas para liberação do corpo junto à secretaria municipal de saúde, e a segunda, para o registro do óbito em cartório.

Finalmente, quando chegam às secretarias municipais de saúde, as DO's são encaminhadas às secretarias estaduais, responsáveis pela alimentação do Sistema de Informação de Mortalidade, para seu processamento. No caso dos municípios com o SIM descentralizado, esta rotina é neles executada e os dados, por quaisquer dos meios usados, são encaminhados para as secretarias estaduais de saúde (SES). Estas, por sua vez, enviam os dados já consolidados para a Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS) a cada três meses, obedecendo ao seguinte calendário: 10 de abril, 10 de julho, 10 de outubro e 10 de janeiro do ano seguinte. O fechamento estatístico de cada ano pela SVS deverá ocorrer até o dia 30 de junho do ano subsequente.

É importante ressaltar que a DO deve ser registrada no local de ocorrência do óbito, que não necessariamente é o mesmo onde morava a mulher, o que permite a classificação do óbito por local de ocorrência e residência. Assim, nos casos de morte fora da localidade de domicílio, é recomendável que se enviem cópias da DO e da ficha de investigação ao setor de vigilância epidemiológica ou ao comitê do município de residência da falecida.

### **5.2.2 Fontes de Informação**

Para a detecção eficaz do maior número de casos de óbitos maternos e a captação de informações detalhadas sobre cada uma dessas mortes, no primeiro ano de investigação, deve-se checar a relação de óbitos de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) elaborada com dados do SIM, com as relações provenientes dos hospitais e cartórios de registro civil. Caso não sejam semelhantes, deve-se identificar as causas, corrigindo-as.

Também é preciso promover a integração de dados provenientes de fontes diversas, tais como, o Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS) e, nos municípios atendidos pelos programas Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde, do Sistema de Informação de Ações Básicas (Siab).

Nas regiões onde há elevada omissão de registro de óbitos e dificuldade no acesso aos serviços de saúde, é conveniente checar fontes alternativas de informação, como igrejas, cemitérios não-oficializados, associações de moradores, curandeiros e parteiras, entre outras. Isso requer a articulação dos setores de vigilância epidemiológica e dos comitês com todos esses segmentos, de forma a assegurar a obtenção de dados com regularidade e periodicidade.

### **5.2.3 Triagem dos Óbitos**

No primeiro ano de investigação, recomenda-se que todos os óbitos de mulheres entre 10 a 49 anos sejam analisados para que os casos de morte materna não declarada não escapem ao investigador. Com a prática ou quando não há disponibilidade de tempo, devem ser investigados, pelo menos, os óbitos maternos declarados e os presumíveis.

De posse da cópia da DO, deve-se proceder ao mapeamento dos óbitos de mulheres em idade fértil (Anexo J). A partir desse ponto, outros membros da equipe devem ser mobilizados para integrar a investigação dos possíveis casos de óbito materno não declarado.

### **5.2.4 Levantamento de Dados**

Munido de credencial, carta de apresentação (Anexo K), cópia da DO e Instrumento de Identificação de Óbito de Mulher em Idade Fértil, o representante do comitê ou o técnico da vigilância epidemiológica deve dirigir-se ao domicílio da falecida ou à instituição hospitalar, para confirmar ou descartar a possibilidade de gravidez, aborto ou parto no momento do óbito ou até 12 meses antes.

Se, durante a entrevista domiciliar ou na investigação nos serviços de saúde, ficar evidente que a mulher não estava grávida no momento do óbito ou até um ano antes da morte, não há necessidade de dar prosseguimento à investigação.

Se a investigação iniciar pela visita domiciliar e for confirmada a gestação, o investigador deve continuar a entrevista, a fim de obter as informações necessárias ao preenchimento da parte B do Instrumento de Investigação Confidencial do Óbito Materno. Para preencher as partes C e D do Instrumento de Investigação e, assim, concluir a pesquisa, devem

ser procurados os serviços de saúde que atenderam a mulher ou, quando for o caso, o SVO ou o IML. Essa busca visa levantar o maior número possível de informações mediante a análise de prontuários ambulatoriais e hospitalares, laudos do SVO ou do IML ou entrevistas com os profissionais de saúde que atenderam à mulher. Caso a visita domiciliar não seja conclusiva, essas etapas assumem importância ainda maior.

Da mesma forma, se a investigação iniciar pelos serviços de saúde e não for conclusiva, recomenda-se que seja feita a entrevista domiciliar para confirmar o óbito materno e completar as lacunas das partes A e B do Instrumento de Investigação. Quando necessário, deve-se procurar também o IML para o preenchimento da parte D.

Se for possível confirmar o óbito materno e preencher as partes B e C do Instrumento apenas com a visita aos serviços de saúde, pode-se encerrar a investigação com o preenchimento da parte D.

No Anexo L, encontram-se os modelos dos Instrumentos e da Ficha-Resumo de Investigação Confidencial de Óbitos Maternos, que são os instrumentos oficiais para investigação de óbitos de mulheres em idade fértil de que trata a Portaria n.º 653, caso o estado ou município não possua instrumento com esta finalidade abrangendo pelo menos as informações constantes nos instrumentos propostos pelo Ministério da Saúde.

Se o comitê optar pelo uso de uma simplificação desses modelos, é aconselhável que se mantenham as mesmas variáveis de informações coletadas, de modo a garantir a consolidação dos dados nos âmbitos nacional e estadual.

O comitê e/ou os setores de vigilância epidemiológica devem estar articulados com os SVO e os IML, já que os mesmos podem proceder ao exame anatomopatológico do útero e anexos em todas as necrópsias realizadas nas mulheres em idade fértil contribuindo para a identificação de óbitos maternos.

Nos casos de óbito materno não declarado ou sem assistência médica, deve-se proceder à entrevista domiciliar para o preenchimento das partes A e B do Instrumento de Investigação. Além dos familiares, sugere-se que sejam ouvidos amigos ou pessoas que atenderam ou acompanharam a falecida antes, durante ou após a gestação ou aborto, e por ocasião do óbito.

### **5.3 Correção dos Dados Notificados**

Do ponto de vista estatístico, a correção das informações sobre as causas de morte é um procedimento fácil. Não há necessidade de refazer os

registros em cartório. Tanto os comitês municipais, regionais ou estaduais quanto o setor de vigilância epidemiológica podem, após investigação, anotar os esclarecimentos com a real causa de óbito em folha anexa à DO e corrigir os dados no SIM, tomando cuidado para não causar duplicidade de registro.

O óbito que não tem DO pode constar nos relatórios dos comitês de morte materna.

## **5.4 Análise do Óbito Materno**

Depois de efetuar o preenchimento do Instrumento de Investigação do Óbito Materno, o comitê ou o setor de epidemiologia deve promover reunião para analisar ampla e detalhadamente os casos.

Na ocasião, devem-se analisar o perfil socioeconômico da falecida, a assistência prestada no pré-natal, parto, aborto e puerpério, a precisão dos dados da declaração de óbito, se era um óbito materno declarado ou não, se a morte era evitável, e quais seriam os fatores de evitabilidade e as medidas de prevenção cabíveis.

Nesse momento, é fundamental a participação dos membros do comitê especialistas em obstetrícia para avaliar os diagnósticos e tratamentos dispensados à mulher. Quando o município não dispõe de médicos em condições de realizar esta avaliação, o comitê regional e/ou estadual devem colaborar com o municipal, garantindo a análise dos óbitos.

A experiência de alguns comitês regionais mostra que convidar para essas reuniões chefes de centros de saúde e hospitais ou os profissionais de saúde que atenderam a mulher pode ser muito produtivo na correção imediata das irregularidades assistenciais que levaram ao óbito.

Cientes de que o propósito da investigação de óbito materno não é culpabilizar pessoas ou serviços, mas tão-somente prevenir a morte por causas similares no futuro, os setores de vigilância epidemiológica e os comitês devem definir os critérios que utilizarão para estabelecer a evitabilidade de cada óbito materno.

Assim, é necessário procurar aplicar critérios de evitabilidade que não se limitem à análise das medidas terapêuticas adotadas, mas que levem em conta os seguintes fatores:

- Da comunidade e da mulher: considerar os casos em que ocorreu uma recusa em procurar a assistência necessária ou em seguir as orientações dos profissionais de saúde por questões culturais e religiosas. Ou, ainda, por falta de reconhecimento do problema.

- **Profissionais:** considerar os casos em que, por falta de capacitação ou capacitação imprópria, ocorreu negligência, imperícia ou imprudência por parte dos profissionais de saúde que atenderam à mulher. São exemplos disso a não identificação de risco reprodutivo, a falha diagnóstica e a inadequação de procedimentos e tratamentos, entre outros. Nesses casos, devem-se tomar como referência as diretrizes dos manuais técnicos.
- **Institucionais:** considerar os casos em que problemas político-administrativos contribuíram para o óbito, tais como falta de captação precoce e busca ativa da mulher, carência de leitos obstétricos, falta de sangue, hemoderivados ou medicamentos e inexistência de sistema de referência e contra-referência formalizado para tratamento clínico-ginecológico e obstétrico, entre outros.
- **Sociais:** considerar os casos em que as condições socioeconômicas desfavoráveis da mulher contribuíram para o óbito, tais como desemprego, baixa renda familiar e baixa escolaridade da mulher, entre outros.
- **Intersetoriais:** considerar os casos em que a falta de equipamento social contribuiu para o óbito. Como exemplos, pode-se citar a disponibilidade limitada de meios de transporte, a inexistência de estradas, a segurança pública ineficiente e a falta de saneamento básico, entre outros.

## 5.5 Elaboração e Divulgação do Relatório

Terminadas as etapas de investigação e análise dos óbitos, o próximo passo é a elaboração de um relatório contendo os estudos dos casos analisados e as medidas de prevenção formuladas para estimular a redução da mortalidade materna naquela área de abrangência.

Assim, a cada três meses, os comitês regionais ou municipais enviam os mapas de óbitos de mulheres em idade fértil e cópias das fichas-resumo de investigação para o Comitê Estadual de Morte Materna. De posse desses dados, o comitê estadual os consolida e elabora um relatório anual descrevendo a situação no estado.

A forma de organizar a informação produzida fica a critério de cada comitê. É válido, no entanto, destacar algumas tabulações mínimas para fins de consolidação e comparação dos dados:

- 1 óbitos de mulheres em idade fértil em cada município e número de óbitos maternos anual;

- 2 óbitos maternos e número de nascidos vivos por município (Sinasc) e as razões de mortalidade materna de cada localidade;
- 3 número de óbitos maternos e razão de mortalidade anual por grupos etários (10-14, 15-19, 20-29, 30-34, 35-39, 40-49);
- 4 proporção de óbitos maternos por raça/cor;
- 5 número de óbitos maternos e razão de mortalidade materna segundo a instituição onde ocorreu o óbito;
- 6 número de óbitos maternos e razão de mortalidade materna segundo o número de consultas e o início do pré-natal;
- 7 número de óbitos maternos e razão de mortalidade materna por causas diretas, indiretas. Número de óbitos maternos não obstétricos;
- 8 número de óbitos maternos por grupos de causas e razão de mortalidade específica por causas mais comuns;
- 9 número de óbitos maternos evitáveis por grupos de causas;
- 10 número de óbitos maternos evitáveis e não-evitáveis por município de residência;
- 11 listagem de óbitos maternos e seus principais fatores intervenientes.

Além das tabelas básicas, outras devem ser elaboradas levando-se em conta características socioeconômicas da mulher, raça/etnia, condições físicas do recém-nascido ou número de gestações da falecida, entre muitos outros fatores.

É importante avaliar a tendência de cada indicador considerando os valores dos últimos cinco anos, desde que existam dados confiáveis e oriundos da mesma fonte.

Após as tabelas, o relatório expõe os estudos de cada um dos casos clínicos analisados, abordando: os dados pessoais da falecida; dados do óbito; antecedentes e fatores de risco; dados do pré-natal; dados do parto ou aborto; dados do recém-nascido; dados da anestesia; dados do puerpério imediato e tardio; dados da atenção hospitalar; causa do óbito na DO; laudo da necropsia, quando houver; classificação do óbito após investigação; e comentários a respeito do caso. Ao final, o relatório dedica um capítulo a propostas de medidas de prevenção e intervenção.

É importante que as informações reveladas não permitam a identificação da mulher, dos profissionais e instituições de saúde que a atenderam, a fim de evitar problemas ético-legais.

Este relatório deve ser apresentado aos membros dos comitês regionais e municipais, estudiosos do assunto e principalmente às autoridades de saúde, visando contribuir para a execução de estratégias para a redução dos índices da mortalidade materna no estado. É importante divulgá-lo também junto aos meios de comunicação, de forma a atingir o público em geral e mobilizar a sociedade.

Os canais de divulgação podem incluir publicações médicas e de saúde; publicações oficiais do sistema de saúde (boletins e informativos de vigilância, por exemplo); meios de comunicação em geral.

## **5.6 Propostas para Intervenções**

Evidentemente, o comitê não deve esperar pelo relatório anual para propor medidas de intervenção. A principal tarefa do comitê é perceber em cada caso investigado o que deve ser modificado para evitar novas mortes e comunicar isto àqueles que podem conduzir ou realizar estas mudanças. Só assim, será capaz de contribuir para a redução da mortalidade.

Sabe-se que são as secretarias de saúde e os diretores dos serviços de saúde os responsáveis pela definição e implementação de ações. Os comitês, no entanto, têm o dever de apontar os problemas existentes e sugerir a estas instâncias alternativas para solucioná-los.

## **5.7 Avaliação**

O comitê deve acompanhar a avaliação sistemática dos indicadores de processo e de impacto da assistência obstétrica, que deve ser realizada pelas áreas técnicas das secretarias de saúde. A inexistência desta avaliação por parte das secretarias deve ser objeto de demanda por parte do comitê, uma vez que a assistência obstétrica é o principal instrumento do setor Saúde para o combate à mortalidade materna.

Sugere-se que sejam avaliados como indicadores de impacto a taxa de fecundidade nas faixas etárias de maior risco; a razão de mortalidade materna; a razão de morte materna por causa e por faixa etária; a proporção de óbitos maternos por raça/etnia mortalidade infantil, a mortalidade infantil por causas; e a percentagem de baixo peso ao nascer. Vale ressaltar que num primeiro momento o aumento dos indicadores de impacto é frequentemente observado nos estados e municípios que têm problemas de sub-registro e/ou subinformação, indicando, portanto, uma melhoria no registro e na qualidade da informação prestada.

Como indicadores de processo, entende-se que devem ser considerados, pelo menos: a cobertura pré-natal; a média do número de consultas



de pré-natal; a porcentagem de gestantes que iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre da gestação; a prevalência no uso de anticoncepcionais nas mulheres unidas em idade fértil; e a cobertura de parto institucional. Como indicadores de qualidade recomenda-se o acompanhamento da taxa de cesárea; porcentagem de gestantes vacinadas com toxóide tetânico; porcentagem de gestantes que realizaram VDRL e a letalidade materna hospitalar.

## **5.8 Interlocação com Gestores**

É absolutamente indispensável que os gestores da área de Saúde tenham conhecimento dos problemas existentes em sua região. Só assim eles podem investir de forma eficiente em políticas que atendam às necessidades sanitárias de sua população. Desse modo, a presidência do comitê ou todo o colegiado deve trabalhar para manter a interlocação permanente com os gestores em sua área de abrangência de modo a participar da elaboração dos planos anuais para redução da mortalidade materna.

O comitê também deve procurar o diálogo com outras instituições não pertencentes ao segmento Saúde, mas que estejam envolvidas na resolução da problemática da morte materna, de forma a solicitar a sua participação na implementação de alternativas.

## **5.9 Recursos**

Os recursos para o funcionamento dos comitês de morte materna devem ser fornecidos pela direção do Sistema Único de Saúde em suas diferentes instâncias. As instituições da sociedade civil organizada também podem contribuir com a cessão dos seus técnicos para atuação junto aos comitês.

Para que os comitês de morte materna cumpram, adequadamente, com suas funções, é fundamental que as secretarias estaduais e municipais de saúde aloquem recursos financeiros, materiais e humanos:

- Nos setores de vigilância epidemiológica, para que sejam investigados os óbitos de mulheres em idade fértil;
- Na organização e qualificação da atenção obstétrica e ao planejamento familiar, conforme indicação do comitê;
- E, por fim, para as atividades próprias dos comitês, entendendo que os comitês necessitam de recursos para promoção de suas reuniões; organização de comitês hospitalares, municipais ou regionais e elaboração de informativos anuais.

Os profissionais de saúde que constituem os recursos humanos dos comitês podem ser os que já atuam no setor de vigilância epidemiológica existente ou na Área Técnica de Saúde da Mulher, aproveitando sua disponibilidade parcial ou total de carga horária e/ou de vínculo empregatício para a execução das funções do comitê.

# Referências

BRASIL. Lei n.º 6.015 de 31 de dezembro de 1973. Dispõe sobre os registros públicos e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 dez. 1973. p. 13528.

\_\_\_\_\_. Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei orgânica da saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 set. 1990. p. 18055.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *NOB – SUS 1996: Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – SUS* (Publicada no D.O.U.de 6/11/1996). Brasília, 1997.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria n.º 20, de 3 de outubro de 2003. Regulamenta a coleta de dados, fluxo e periodicidade de envio das informações sobre óbitos e nascidos vivos para os Sistemas de Informações em Saúde – SIM e Sinasc. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 9 out. 2003a. n. 196, seção 1, p. 71.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria n.º 373/GM, de 27 de fevereiro de 2002. Norma Operacional da Assistência à Saúde Noas-SUS 01/2002. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 28 fev. 2002. n. 40, seção 1.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria n.º 653/GM, de 28 maio de 2003. Estabelece que o óbito materno passe a ser considerado evento de notificação compulsória para a investigação dos fatores determinantes e as possíveis causas destes óbitos, assim como para a adoção de medidas que possam evitar novas mortes maternas. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 30 maio 2003b. v. 103, seção 1, p. 79.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria n.º 1.399, de 15 de dezembro de 1999. Regulamenta a NOB SUS 01/96 no que se refere às competências da União, estados, municípios e Distrito Federal, na área de epidemiologia e controle de doenças, define a sistemática de financiamento e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 16 dez. 1999. n.º 240-E.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM n.º 1.246, de 8 de janeiro de 1988. Código de ética médica. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 26 jan. 1988. Seção 1, p. 1574-1577.

\_\_\_\_\_. Resolução n.º 1.601, de 9 agosto 2000. Regulamenta a responsabilidade médica no fornecimento da Declaração de Óbito. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, n. 160, 18 ago. 2000.

LAURENTI, R.; MELLO JORGE, M. H. P. M.; GOTLIEB, S. L. D. A mortalidade materna nas capitais brasileiras: algumas características e estimativa de um fator de ajuste. *Rev. Bras. Epidemiol.*, [S.l.], v. 7, p. 449-460, 2004.

# Anexos

## Anexo A – Capítulo XV da CID 10

### Complicações de Gravidez, Parto e Puerpério

Exclui: doenças causadas pelo vírus da imunodeficiência humana (B20 – B24);

Necrose pós-parto da hipófise (E23.0);

Osteomalácia puerperal (M83.0);

Tétano obstétrico (A34);

Transtornos mentais e comportamentais associados ao puerpério (F53).

### O00-O08 *Gravidez que termina em aborto*

O00 Gravidez ectópica

O01 Mola hidatiforme

O02 Outros produtos anormais da concepção

O03 Aborto espontâneo

O04 Aborto por razões médicas e legais

O05 Outros tipos de aborto

O06 Aborto não especificado

O07 Falha de tentativa de aborto

O08 Complicações conseqüentes a aborto e gravidez ectópica ou molar

### O10-O16 *Edema, proteinúria e transtornos hipertensivos na gravidez, no parto e no puerpério*

O10 Hipertensão pré-existente complicando a gravidez, o parto e o puerpério

O11 Distúrbio hipertensivo pré-existente com proteinúria superposta

O12 Edema e proteinúria gestacionais (induzidos pela gravidez), sem hipertensão

- O13 Hipertensão gestacional (induzida pela gravidez) sem proteinúria significativa
- O14 Hipertensão gestacional (induzida pela gravidez) com proteinúria significativa
- O15 Eclâmpsia
- O16 Hipertensão materna não especificada
- O20-O29 *Outros transtornos maternos relacionados predominantemente com a gravidez*
- O20 Hemorragia do início da gravidez
- O21 Vômitos excessivos na gravidez
- O22 Complicações venosas na gravidez
- O23 Infecções do trato geniturinário na gravidez
- O24 Diabetes *mellitus* na gravidez
- O25 Desnutrição na gravidez
- O26 Assistência materna por outras complicações ligadas predominantemente à gravidez
- O28 Achados anormais do rastreamento (*screening*) antenatal da mãe
- O29 Complicações de anestesia administrada durante a gravidez
- O30-O48 *Assistência prestada à mãe por motivos ligados ao feto e à cavidade amniótica e por possíveis problemas relativos ao parto*
- O30 Gestação múltipla
- O31 Complicações específicas de gestação múltipla
- O32 Assistência prestada à mãe por motivo de apresentação anormal, conhecida ou suspeitada, do feto
- O33 Assistência prestada à mãe por uma desproporção conhecida ou suspeita
- O34 Assistência prestada à mãe por anormalidade, conhecida ou suspeita, dos órgãos pélvicos maternos
- O35 Assistência prestada à mãe por anormalidade e lesão fetais, conhecidas ou suspeitadas
- O36 Assistência prestada à mãe por outros problemas fetais conhecidos ou suspeitados

- O40 Poli-hidrânio
- O41 Outros transtornos das membranas e do líquido amniótico
- O42 Ruptura prematura de membranas
- O43 Transtornos da placenta
- O44 Placenta prévia
- O45 Descolamento prematuro da placenta (abruptio placentae)
- O46 Hemorragia anteparto não classificada em outra parte
- O47 Falso trabalho de parto
- O48 Gravidez prolongada
- O60-O75 Complicações do trabalho de parto e do parto*
- O60 Parto pré-termo
- O61 Falha na indução do trabalho de parto
- O62 Anormalidades da contração uterina
- O63 Trabalho de parto prolongado
- O64 Obstrução do trabalho de parto devida à má posição ou má apresentação do feto
- O65 Obstrução do trabalho de parto devido à anormalidade pélvica da mãe
- O66 Outras formas de obstrução do trabalho de parto
- O67 Trabalho de parto e parto complicados por hemorragia intraparto não classificados em outra parte
- O68 Trabalho de parto e parto complicados por sofrimento fetal
- O69 Trabalho de parto e parto complicados por anormalidade do cordão umbilical
- O70 Laceração do períneo durante o parto
- O71 Outros traumatismos obstétricos
- O72 Hemorragia pós-parto
- O73 Retenção da placenta e das membranas, sem hemorragias
- O74 Complicações de anestesia durante o trabalho de parto e o parto
- O75 Outras complicações do trabalho de parto e do parto não classificadas em outra parte

O80-O84 *Parto*

- O80 Parto único espontâneo
- O81 Parto único por fórceps ou vácuo-extrator
- O82 Parto único por cesariana
- O83 Outros tipos de parto único assistido
- O84 Parto múltiplo

O85-O92 *Complicações relacionadas predominantemente com o puerpério*

- O85 Infecção puerperal
- O86 Outras infecções puerperais
- O87 Complicações venosas no puerpério
- O88 Embolia de origem obstétrica
- O89 Complicações da anestesia administrada durante o puerpério
- O90 Complicações do puerpério não classificadas em outra parte
- O91 Infecções mamárias associadas ao parto
- O92 Outras afecções da mama e da lactação associadas ao parto

O95-O99 *Outras afecções obstétricas não classificadas em outra parte*

- O95 Morte obstétrica de causa não especificada
- O96 Morte, por qualquer causa obstétrica, que ocorre mais de 42 dias, mas menos de um ano, após o parto
- O97 Morte por seqüelas de causas obstétricas diretas
- O98 Doenças infecciosas e parasitárias maternas classificáveis em outra parte mas que compliquem a gravidez, o parto e o puerpério
- O99 Outras doenças da mãe, classificadas em outra parte, mas que complicam a gravidez o parto e o puerpério



### **Observações:**

O08 – Este código só deve ser usado para classificar morbidade.

O30 – Não deve ser usado para codificação de causa básica.

O32 – Não deve ser utilizado se houver menção de O33. Se isso ocorrer, usar O33.

O33.9 – Não deve ser utilizado se houver menção de O 33.0-O 33.3. Nesses casos, usar a O33.0-O33.3.

O64 – Não deve ser usado se houver menção de O65. Se isso ocorrer usar O65.

O80-O84 – Estes códigos não devem ser utilizados para classificar causa de morte, mas sim para morbidade. Se nenhuma outra causa de morte materna for informada, codifique, como complicações não especificadas de trabalho de parto e parto, O75.9.

O95 – Usar apenas quando não houver mais nenhuma informação e estiver escrito somente “materna” ou ‘obstétrica’.

## **Anexo B – Modelo de Regimento Interno**

### **REGIMENTO INTERNO**

#### **TÍTULO I DA CARACTERIZAÇÃO E DOS OBJETIVOS**

Art. 1.º A Secretaria Estadual/Municipal de Saúde ou o Conselho Estadual/Municipal de Saúde institui o Comitê Estadual/Regional/Municipal de Mortes Maternas (CMM), de acordo com as prerrogativas conferidas pelos artigos de seu Regimento Interno.

Art. 2.º O CMM é um comitê interinstitucional, com o objetivo de obter informações confidenciais sobre mortes maternas ocorridas no Estado/Região/Município.

#### **TÍTULO II DAS FINALIDADES**

Art. 3.º São finalidades do CMM:

- I - divulgar a necessidade de instalação dos comitês regionais/municipais/locais de mortalidade materna;
- II - reunir dados levantados a nível regional/local, promovendo avaliações contínuas das mudanças nos índices de mortalidade materna e dos fatores que as provocam;
- III - elaborar relatório analítico anualmente;
- IV - estimular as autoridades competentes a atuar sobre o problema, tomando as devidas medidas.

#### **TÍTULO III DA COMPOSIÇÃO**

Art. 4.º Serão membros natos (relação de instituições governamentais participantes).

Art. 5.º Serão membros indicados (relação de instituições não governamentais e técnicos de reconhecida atuação no campo).

Art. 6.º Serão membros convidados.

Parágrafo único: Os membros convidados terão direito à voz, porém não a voto.

Art. 7.º A presidência e a vice-presidência do Comitê serão preenchidas por um membro eleito entre seus pares, com mandato de dois/três/quatro anos.

#### **TÍTULO IV DO FUNCIONAMENTO**

Art. 8.º O CMM receberá apoio administrativo da Secretaria Estadual/Municipal de Saúde, através do departamento competente.

Para Comitês Estaduais:

Art. 9.º O CMM estará representado a nível regional pelos Comitês Regionais de Mortes Maternas.

Art. 10.º O CMM reunir-se-á ordinariamente uma/duas/ .... vez(es) a cada um/dois .... mês(es), e extraordinariamente, quantas vezes for necessário, por convocação de seu Presidente.

Art. 11 As decisões serão tomadas por maioria simples, cabendo ao Presidente o voto de desempate.

#### **TÍTULO V DA COMPETÊNCIA**

Art. 12 Ao presidente compete:

Art. 13 Ao vice-presidente compete:

Art. 14 Ao secretário executivo compete:

Art. 15 Aos membros do Comitê compete:

#### **TÍTULO VI (No caso de Comitês Estaduais) DOS COMITÊS REGIONAIS**

Art 16 Os Comitês Regionais de Mortes Maternas (CRMM) são comitês interinstitucionais, cujo objetivo é obter informações sigilosas sobre óbitos maternos ocorridos a nível regional.

Art. 17 O CRMM será constituído com as mesmas características do CEMM.

Art. 18 A atuação do CRMM se dará conforme o seguinte fluxo:

**TÍTULO VII**  
**DAS DISPOSIÇÕES GERAIS**

Art. 19 Os casos omissos deste Regimento serão discutidos e resolvidos pelo Comitê.

Art. 20 Este Regimento entrará em vigor após sua publicação.

## **Anexo C – Portaria n.º 653, de 28 de maio de 2003**

O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições, considerando que:

- o Governo Brasileiro é signatário de acordos e resoluções internacionais mediante os quais comprometeu-se a reduzir a mortalidade materna, tais como aqueles oriundos da Conferência sobre Maternidade sem Risco, realizada em 1987, no Kenya; a Resolução XVII da XXIII Conferência Sanitária, realizada em 1990; a Cúpula Mundial em Favor da Criança, realizada em 1991;
- estudos realizados no País demonstram que a mortalidade materna é um problema de alta relevância;
- a Lei n.º 6.015, de 31 de dezembro de 1973, que dispõe sobre os registros públicos, estabelece que nenhum sepultamento será feito sem certidão de oficial de registro do lugar do falecimento, extraída após a lavratura do assento de óbito, em vista do atestado do médico, se houver no lugar, ou, em caso contrário, de duas pessoas qualificadas, que tiverem presenciado ou verificado a morte;
- a declaração de óbito (DO) é o documento oficial que atesta a morte de um indivíduo;
- o dimensionamento real da morte materna no Brasil é dificultado por dois fatores, quais sejam: a subinformação e o sub-registro das declarações de óbito;
- a identificação dos principais fatores de risco associados à morte materna possibilita a definição de estratégias de intervenção;
- a Resolução n.º 256, de 1.º de outubro de 1997, do Conselho Nacional de Saúde, recomenda a adoção da morte materna como evento de notificação compulsória;
- a redução da morte materna é uma prioridade deste Ministério, para o que vêm sendo implementadas uma série de medidas, resolve:

Art. 1.º Estabelecer que o óbito materno passa a ser considerado evento de notificação compulsória para a investigação dos fatores determinantes e as possíveis causas destes óbitos, assim como para a adoção de medidas que possam evitar novas mortes maternas.

§ 1.º É considerado óbito materno aquele sofrido por uma mulher durante a gestação ou até 42 dias após o término da gestação – independentemente da duração ou da localização da gravidez, causado por qualquer fator relacionado ou agravado pela gravidez ou por medidas tomadas em relação a ela.

§ 2.º O instrumento para notificação compulsória de que trata este Art. é a declaração de óbito, que deve seguir o fluxo estabelecido nos Arts. 10.º, 11, 12 e 13, da Seção III, da Portaria n.º 474, de 31 de agosto de 2000, da Fundação Nacional de Saúde, que regulamenta o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

Art. 2.º Definir como obrigatória a investigação, por parte de todos os municípios, dos óbitos de mulheres em idade fértil cujas causas podem ocultar o óbito materno.

§ 1.º A referida investigação deverá ser iniciada, no máximo, 30 dias após a ocorrência do óbito.

§ 2.º Em caso de óbito cujas informações registradas na DO não permitiram, inicialmente, a classificação como morte materna, mas que, após a investigação, comprovou-se tratar de óbito desta natureza, as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, de acordo com suas competências, devem incorporar as novas causas ao banco de dados do SIM.

Art. 3.º Determinar que o Centro Nacional de Epidemiologia da Secretaria de Vigilância em Saúde, em conjunto com a Coordenação de Saúde da Mulher da Secretaria de Atenção à Saúde, definam os mecanismos para a operacionalização do disposto nesta Portaria.

Parágrafo único. A definição dessas diretrizes deverá ocorrer no prazo de até 60 dias.

Art. 4.º Esta Portaria entra em vigor a partir de sua publicação.

HUMBERTO COSTA

## **Anexo D – Portaria n.º 20, de 3 de outubro de 2003**

Publicada no DOU n.º 196, de 9 de outubro de 2003, Secção I, pág. 71

MINISTÉRIO DA SAÚDE  
SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Regulamenta a coleta de dados, fluxo e periodicidade de envio das informações sobre óbitos e nascidos vivos para os Sistemas de Informações em Saúde – SIM e Sinasc.

O Secretário de Vigilância em Saúde, no uso das atribuições que lhe confere o Decreto n.º 4.726, de 9 de junho de 2003, e considerando a necessidade de regulamentar as rotinas de coleta de dados e envio das informações sobre óbitos e nascidos vivos ocorridos no País para os Sistemas de Informações em Saúde – SIM e Sinasc, resolve:

### **CAPÍTULO I**

#### **Das Disposições Iniciais**

Art. 1.º O conjunto de ações relativas a coleta e processamento de dados, fluxo e divulgação de informações sobre os óbitos ocorridos no País compõem o Sistema de Informações sobre Mortalidade–SIM.

Art. 2.º O conjunto de ações relativas a coleta e processamento de dados, fluxo e divulgação de informações sobre os nascidos vivos ocorridos no País compõem o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – Sinasc.

### **CAPÍTULO II**

#### **Das Competências**

Art. 3.º Compete à Secretaria de Vigilância em Saúde – SVS, como gestora dos Sistemas de Informações sobre Saúde – SIM e Sinasc, a nível nacional:

- I - estabelecer diretrizes e normas técnicas;
- II - consolidar os dados provenientes dos estados;
- III - estabelecer prazos para o envio de dados pelo nível estadual;
- IV - retroalimentar os dados para os integrantes do Sistema; e
- V - divulgar informações e análises epidemiológicas.

Art. 4.º Compete aos Estados:

I - consolidar os dados provenientes das unidades notificadoras dos municípios por meio de processamento eletrônico;

II - estabelecer fluxos e prazos para o envio de dados pelo nível municipal;

II - remeter os dados ao nível federal, regularmente, dentro dos prazos estabelecidos nesta Portaria;

IV - analisar os dados;

V - retroalimentar os dados para as Secretarias Municipais de Saúde – SMS;

VI - divulgar informações e análises epidemiológicas; e

VII - normatizar aspectos técnicos em caráter complementar e atuação do nível Federal para o seu território.

Art. 5.º Compete aos Municípios:

I - coletar e consolidar os dados provenientes das unidades notificantes;

II - enviar os dados, observados os fluxos e prazos estabelecidos pelos estados;

III - analisar os dados;

IV - retroalimentar os dados para as Unidades Notificadoras; e

V - divulgar informações e análises epidemiológicas.

Art. 6.º Compete ao Distrito Federal, no que couber, as atribuições referentes a estados e municípios.

### **CAPÍTULO III**

#### **Dos Sistemas e Documentos-Padrão**

##### **Seção I**

##### **Do Sistema Informatizado**

Art. 7.º Os sistemas informatizados, necessários ao processamento dos dados coletados pelos documentos-padrão, terão sob a responsabilidade do Departamento de Análise da Situação de Saúde – DASIS a distribuição das versões atualizadas às Secretarias Estaduais de Saúde, que as passarão para as Secretarias Municipais, bem como o treinamento para implantação e operação.



## Seção II

### Dos Documentos-Padrão

Art. 8.º Deverá ser utilizado o formulário da Declaração de Óbito – DO, constante no Anexo I desta Portaria, como documento padrão de uso obrigatório em todo o País, para a coleta dos dados sobre óbitos e indispensável para a lavratura, pelos Cartórios do Registro Civil, da Certidão de Óbito.

Art. 9.º Deverá ser utilizado o formulário da Declaração de Nascidos Vivos – DN, constante do Anexo II desta Portaria, como documento padrão de uso obrigatório em todo o País, para a coleta dos dados sobre nascidos vivos, considerado como o documento hábil para os fins do inciso IV, do art. 10, da Lei n.º 8.069, de 13 de julho de 1990.

Parágrafo único. O DASIS elaborará e divulgará as rotinas e procedimentos operacionais necessários ao preenchimento da DO e da DN.

Art. 10.º A DO e a DN terão sua impressão, distribuição e controle sob a responsabilidade da SVS, que poderá delegar estas atividades às Secretarias Estaduais de Saúde.

§ 1.º A DO e a DN serão impressas em três vias, conforme fotolito padronizado pela SVS que poderá ser fornecido às Secretarias Estaduais de Saúde, sempre que houver a delegação prevista neste artigo.

§ 2.º Cabe ao DASIS o controle da numeração que será utilizada nos formulários de ambos os sistemas.

§ 3.º As Secretarias Estaduais de Saúde que receberem a delegação prevista neste artigo deverão solicitar ao DASIS, sempre que for necessária a impressão de novos formulários, a faixa numérica a ser utilizada.

Art. 11 As Secretarias Estaduais de Saúde ficarão responsáveis pela distribuição das DO e DN às Secretarias Municipais de Saúde e estabelecerão controle sobre a distribuição e utilização da cada um dos documentos-padrão, em sua esfera de gerenciamento dos sistemas.

§ 1.º As Secretarias Municipais de Saúde ficarão responsáveis pelo fornecimento de formulários de DO para as Unidades Notificadoras, a seguir relacionadas:

- I - Estabelecimentos de saúde;
- II - Institutos Médicos Legais – IML;
- III - Serviços de Verificação de Óbitos – SVO; e

#### IV - Cartórios de Registro Civil.

§ 3.º É permitida a distribuição de formulários de DO a médicos cadastrados pelas Secretarias Estaduais ou Municipais de Saúde, vedada sua distribuição às empresas funerárias.

§ 4.º As Secretarias Municipais de Saúde ficarão responsáveis pelo fornecimento de formulários de DN para as unidades notificadoras, a seguir relacionadas:

I - Estabelecimentos de Saúde, onde possam ocorrer partos; e

II - Cartórios de Registro Civil.

### Seção III

#### Do Processamento dos Dados

Art. 12 Os dados constantes da DO e da DN deverão ser processados no Município onde ocorreu o evento.

### Seção IV

#### Do Fluxo dos Documentos

Art. 13 No caso de óbitos naturais ocorridos em estabelecimentos de saúde, a DO será preenchida pela Unidade Notificadora e terá a seguinte destinação:

I – 1.ª via: Secretaria Municipal de Saúde;

II – 2.ª via: representante/responsável da família do falecido, para ser utilizada na obtenção da Certidão de Óbito junto ao Cartório do Registro Civil, o qual reterá o documento; e

III – 3.ª via: Unidade Notificadora, para arquivar no prontuário do falecido.

Art. 14 No caso dos óbitos naturais ocorridos fora dos estabelecimentos de saúde e com assistência médica, a DO será preenchida pelo Médico responsável que deverá dar a seguinte destinação:

I – 1.ª e 3.ª vias: Secretarias Municipais de Saúde; e

II - 2.ª via: representante/responsável da família do falecido para ser utilizada na obtenção da Certidão de Óbito junto ao Cartório do Registro Civil, o qual reterá o documento.

§ 1.º Nos casos de óbitos naturais, sem assistência médica a DO deverá ser preenchida pelo Médico do Serviço de Verificação de Óbito – SVO, destinando-se as vias conforme o disposto neste artigo.

§ 2.º Onde não existir o SVO, a DO será preenchida por médico da localidade, que deverá dar a destinação indicada neste artigo.

Art. 15 Nos óbitos naturais ocorridos em localidades sem médico, o responsável pelo falecido, acompanhado de duas testemunhas, comparecerá ao Cartório do Registro Civil solicitando o preenchimento das três vias da DO, que terão a seguinte destinação:

I – 1.ª e 3.ª vias: Cartório de Registro Civil, para posterior coleta pela Secretaria Municipal de Saúde responsável pelo processamento dos dados; e

II - 2.ª via: Cartório de Registro Civil, que emitirá a Certidão de Óbito a ser entregue ao representante/responsável pelo falecido.

Parágrafo único. As Secretarias Municipais de Saúde deverão utilizar-se dos meios disponíveis na busca ativa de casos não registrados, valendo-se inclusive, dos Agentes Comunitários de Saúde.

Art. 16 Nos casos de óbitos por causas acidentais e/ou violentas, o médico legista do Instituto Médico Legal – IML ou perito designado para tal finalidade, nas localidades onde não existir o IML, deverão preencher as três vias da DO com a seguinte destinação:

I – 1.ª via: Secretaria Municipal de Saúde;

II – 2.ª via: representante/responsável da família do falecido, para ser utilizada na obtenção da Certidão de Óbito junto ao Cartório do Registro Civil, o qual reterá o documento; e

III - 3.ª via: Instituto Médico Legal – IML.

Art. 17 No caso dos partos hospitalares, a DN será preenchida pela Unidade Notificadora e terá a seguinte destinação:

I - 1.ª via: Secretaria Municipal de Saúde;

II - 2.ª via: pai ou responsável legal, para ser utilizada na obtenção da Certidão de Nascimento junto ao Cartório do Registro Civil, o qual reterá o documento; e

III - 3.ª via: arquivo da unidade de saúde junto a outros registros hospitalares da puerpera.

Art. 18 No caso de partos domiciliares com assistência médica, a DN será preenchida pelo médico responsável que deverá dar a seguinte destinação:

I – 1.ª via: Secretaria Municipal de Saúde;

II – 2.<sup>a</sup> via: pai ou responsável legal, para ser utilizada na obtenção da Certidão de Nascimento junto ao Cartório do Registro Civil, o qual reterá o documento; e

III – 3.<sup>a</sup> via: pai ou responsável legal, para ser apresentada na primeira consulta em unidade de saúde.

Art. 19 No caso de partos domiciliares sem assistência médica, a DN deverá ser preenchida pelo Cartório de Registro Civil, mediante autorização dada em provimento da Corregedoria de Justiça do Estado e terá a seguinte destinação:

I – 1.<sup>a</sup> via: Cartório de Registro Civil, até ser recolhida pela Secretaria Municipal de Saúde;

II - 2.<sup>a</sup> via: pai ou responsável legal, para ser utilizada na obtenção da Certidão de nascimento junto ao Cartório de Registro Civil, o qual reterá o documento; e

III – 3.<sup>a</sup> via: pai ou responsável legal, para ser apresentada na primeira consulta na unidade de saúde.

Parágrafo único. As Secretarias Municipais de Saúde deverão utilizar-se dos meios disponíveis na busca ativa de casos não registrados, valendo-se inclusive, dos Agentes Comunitários de Saúde e parteiras tradicionais.

Art. 20 As Secretarias Estaduais de Saúde poderão adotar, em sua jurisdição, fluxos alternativos aos definidos nos artigos constantes desta Secção, após consulta e aprovação pela SVS.

## **CAPÍTULO V**

### **Dos Prazos e Transferência dos Dados**

Art. 21 As Secretarias Estaduais de Saúde remeterão, por meio eletrônico, os dados para o DASIS, consolidados trimestralmente, nos seguintes prazos:

I - 1.<sup>o</sup> trimestre: até 10 de abril;

II - 2.<sup>o</sup> trimestre: até 10 de julho;

III - 3.<sup>o</sup> trimestre: até 10 de outubro; e

IV - 4.<sup>o</sup> trimestre: até 10 de janeiro do ano seguinte.

Parágrafo único. O fechamento do ano estatístico pela SVS deverá ocorrer até o dia 30 de junho de cada ano, relativamente aos dados do ano anterior.

Art. 22 Os arquivos enviados pelas Secretarias Estaduais de Saúde à SVS, deverão ser avaliados quanto à qualidade e integridade antes da realização da transferência.

Art. 23 É responsabilidade dos gestores nos três níveis a manutenção, integridade e confidencialidade das bases de dados do SIM e do Sinasc.

## **CAPÍTULO VI**

### **Das Disposições Finais**

Art. 24 A falta de alimentação de dados no Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM, e sobre Nascidos Vivos – Sinasc, por mais de 60 dias, ensejará a suspensão das transferências dos recursos do Piso de Atenção Básica PAB e o cancelamento da Certificação para Gestão das Ações de Epidemiologia e Controle de Doenças, bem como a conseqüente suspensão do repasse dos recursos do Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças – TFECD.

Art. 25 Ficam revogadas a Portaria n.º 474, de 31 de agosto de 2000, publicada no DOU n.º 171, Seção I, págs 33 e 34, de 04 de setembro de 2000, Portaria n.º 475, de 31 de agosto de 2000, publicada no DOU n.º 171, Seção I, págs 34 e 35, de 04 de setembro de 2000, republicada no DOU n.º 4, Seção I, pág 109, de 07 de janeiro de 2002 e Portaria n.º 627, de 05 de dezembro de 2001, publicada no DOU n.º 238, Seção I, pág 118, de 14 de dezembro de 2001.

Art. 26. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Jarbas Barbosa da Silva Junior

(\*) Republicada por ter saído com incorreção, do original, no DOU de 07/10/2003, Seção I,

## **Anexo E – Portaria n.º 1.399, de 15 de dezembro de 1999**

Regulamenta a NOB SUS 01/96 no que se refere às competências da União, estados, municípios e Distrito Federal, na área de epidemiologia e controle de doenças, define a sistemática de financiamento e dá outras providências.

O Ministro de Estado de Saúde, no uso de suas atribuições, e tendo em vista as disposições da Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, no que se referem à organização do Sistema Único de Saúde – SUS e às atribuições do Sistema relacionadas à Epidemiologia, Prevenção e Controle de Doenças; e

considerando a necessidade de regulamentar e dar cumprimento ao disposto na Norma Operacional Básica do SUS de 1996;

considerando a aprovação, pelo Conselho Nacional de Saúde, em sua Reunião Ordinária de 09 e 10 de Junho de 1999, das responsabilidades e requisitos de epidemiologia e controle de doenças;

considerando a aprovação dessa Portaria pela Comissão Intergestores Tripartite, no dia 25 de novembro de 1999, resolve:

### **CAPÍTULO I**

#### **Das Competências**

##### **Seção I Da União**

Art. 1.º Compete ao Ministério da Saúde, por intermédio da Fundação Nacional de Saúde – FUNASA, a Gestão do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde no âmbito nacional, compreendendo:

I - coordenação nacional das ações de Epidemiologia e Controle de Doenças, com ênfase naquelas que exigem simultaneidade nacional ou regional para alcançar êxito;

II - execução das ações de Epidemiologia e Controle de Doenças, de forma complementar à atuação dos estados;

III - execução das ações de Epidemiologia e Controle de Doenças, de forma suplementar, em caráter excepcional, quando constatada insuficiência da ação estadual;

IV - definição das atividades e parâmetros que integrarão a Programação Pactuada Integrada – PPI-ECD para a área de Epidemiologia e Controle de Doenças;

V - normatização técnica;

VI - assistência técnica a estados e, excepcionalmente, a municípios;

VII - provimento dos seguintes insumos estratégicos:

a) imunobiológicos;

b) inseticidas;

c) meios de diagnóstico laboratorial para as doenças sob monitoramento epidemiológico (kits diagnóstico).

VIII - participação no financiamento das ações de Epidemiologia e Controle de Doenças, conforme disposições contidas nesta Portaria;

IX - gestão dos sistemas de informação epidemiológica, Sistema de Informação sobre Agravos de Notificação – SINAN, Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM, Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos – SINASC, Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações – SI-PNI e outros sistemas que venham a ser introduzidos, incluindo a:

a) normatização técnica, com definição de instrumentos e fluxos;

b) consolidação dos dados provenientes dos estados;

c) retroalimentação dos dados.

X - divulgação de informações e análises epidemiológicas;

XI - coordenação e execução das atividades de informação, educação e comunicação – IEC, de abrangência nacional;

XII - promoção, coordenação e execução, em situações específicas, de pesquisas epidemiológicas e operacionais na área de prevenção e controle de doenças e agravos;

XIII - execução, direta ou indireta, das atividades de prevenção e controle de doenças, quando direcionadas às populações indígenas, em articulação com as Secretarias Municipais de Saúde – SMS e Secretarias Estaduais de Saúde – SES;

XIV - definição de Centros de Referência Nacionais de Epidemiologia e Controle de Doenças;

XV - coordenação técnica da cooperação internacional na área de Epidemiologia e Controle de Doenças;

XVI - fomento e execução de programas de capacitação de recursos humanos;

XVII - assessoramento às Secretarias Estaduais de Saúde – SES e Secretarias Municipais de Saúde – SMS na elaboração da PPI-ECD de cada estado;

XVIII - fiscalização, supervisão e controle da execução das ações de Epidemiologia e Controle de Doenças programadas na PPI-ECD, incluindo a permanente avaliação dos sistemas estaduais de vigilância epidemiológica e ambiental em saúde;

XIX - coordenação da Rede Nacional de Laboratórios de Saúde Pública – RNLSP, nos aspectos relativos à vigilância epidemiológica e ambiental em saúde, com definição e estabelecimento de normas, fluxos técnico-operacionais (coleta, envio e transporte de material biológico) e credenciamento das unidades partícipes;

XX - coordenação do Programa Nacional de Imunizações incluindo a definição das vacinas obrigatórias no país, as estratégias e normatização técnica sobre sua utilização.

## **Seção II Dos Estados**

Art. 2.º Compete aos Estados a gestão do componente estadual do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde, compreendendo as seguintes ações:

I - coordenação e supervisão das ações de prevenção e controle, com ênfase naquelas que exigem simultaneidade estadual ou microrregional para alcançar êxito;

II - execução das ações de Epidemiologia e Controle de Doenças, de forma complementar à atuação dos municípios;

III - execução das ações de Epidemiologia e Controle de Doenças, de forma suplementar, quando constatada insuficiência da ação municipal;

IV - execução das ações de Epidemiologia e Controle de Doenças, em municípios não certificados nas condições estabelecidas nesta Portaria;

V - definição, em conjunto com os gestores municipais, na Comissão Intergestores Bipartite – CIB, da Programação Pactuada Integrada – PPI-ECD para as ações de Epidemiologia e Controle de Doenças, em conformidade com os parâmetros definidos pela FUNASA;

VI - assistência técnica aos municípios;



VII - participação no financiamento das ações de Epidemiologia e Controle de Doenças, conforme disposições contidas nos artigos 14 a 19 desta Portaria;

VIII - provimento dos seguintes insumos estratégicos:

- a) medicamentos específicos, nos termos pactuados na CIT;
- b) equipamentos de proteção individual;
- c) seringas e agulhas;
- d) óleo de soja; e
- e) equipamentos de aspersão de inseticidas.

IX - gestão dos estoques estaduais de insumos estratégicos, inclusive com abastecimento dos municípios;

X - gestão dos sistemas de informação epidemiológica, no âmbito estadual, incluindo:

- a) consolidação dos dados provenientes de unidades notificantes e dos municípios, por meio de processamento eletrônico, do SIM, SINAN, SINASC, SI-PNI e outros sistemas que venham a ser introduzidos;
- b) envio dos dados ao nível federal, regularmente dentro dos prazos estabelecidos pelas normas de cada sistema;
- c) análise dos dados; e
- d) retroalimentação dos dados.

XI - divulgação de informações e análises epidemiológicas;

XII - execução das atividades de informação, educação e comunicação – IEC de abrangência estadual;

XIII - capacitação de recursos humanos;

XIV - definição de Centros de Referência Estaduais de Epidemiologia e Controle de Doenças;

XV - normatização técnica complementar à do nível federal para o seu território;

XVI - fiscalização, supervisão e controle da execução das ações de Epidemiologia e Controle de Doenças realizadas pelos municípios, programadas na PPI-ECD, incluindo a permanente avaliação dos sistemas municipais de vigilância epidemiológica e ambiental em saúde;

XVII - coordenação das ações de vigilância ambiental de fatores de risco à saúde humana, incluindo o monitoramento da água de consumo humano e contaminantes com importância em saúde pública, como os agrotóxicos, mercúrio e benzeno;

XVIII - coordenação da Rede Estadual de Laboratórios de Saúde Pública – RELSP, nos aspectos relativos a vigilância epidemiológica e ambiental em saúde, com definição e estabelecimento de normas, fluxos técnico-operacionais, credenciamento e avaliação das unidades partícipes;

XIX - provimento de diagnóstico laboratorial das doenças de notificação compulsória e outros agravos de importância epidemiológica, na rede estadual de laboratórios de saúde pública.

XX - coordenação das ações de vigilância entomológica para as doenças transmitidas por vetores, incluindo a realização de inquéritos entomológicos;

XXI - coordenação do componente estadual do Programa Nacional de Imunizações.

### **Seção III**

#### **Dos Municípios**

Art. 3.º Compete aos Municípios a gestão do componente municipal do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde, compreendendo as seguintes atividades:

I - notificação de doenças de notificação compulsória, surtos e agravos inusitados, conforme normatização federal e estadual;

II - investigação epidemiológica de casos notificados, surtos e óbitos por doenças específicas;

III - busca ativa de casos de notificação compulsória nas unidades de saúde, inclusive laboratórios, domicílios, creches e instituições de ensino, entre outros, existentes em seu território;

IV - busca ativa de Declarações de Óbito e de Nascidos Vivos nas unidades de saúde, cartórios e cemitérios existentes em seu território;

V - provimento da realização de exames laboratoriais voltados ao diagnóstico das doenças de notificação compulsória, em articulação com Secretaria Estadual de Saúde;

VI - provimento da realização de exames laboratoriais para controle de doenças, como os de malária, esquistossomose, triatomíneos, entre outros a serem definidos pela PPI-ECD;

VII - acompanhamento e avaliação dos procedimentos laboratoriais realizados pelas unidades públicas e privadas componentes da rede municipal de laboratórios que realizam exames relacionados à saúde pública;

VIII - monitoramento da qualidade da água para consumo humano, incluindo ações de coleta e provimento dos exames físico, químico e bacteriológico de amostras, em conformidade com a normatização federal;

IX - captura de vetores e reservatórios, identificação e levantamento do índice de infestação;

X - registro, captura, apreensão e eliminação de animais que representem risco à saúde do homem;

XI - ações de controle químico e biológico de vetores e de eliminação de criadouros;

XII - coordenação e execução das ações de vacinação integrantes do Programa Nacional de Imunizações, incluindo a vacinação de rotina com as vacinas obrigatórias, as estratégias especiais como campanhas e vacinações de bloqueio e a notificação e investigação de eventos adversos e óbitos temporalmente associados à vacinação;

XIII - vigilância epidemiológica da mortalidade infantil e materna;

XIV - gestão dos sistemas de informação epidemiológica, no âmbito municipal, incluindo:

- a) coleta e consolidação dos dados provenientes de unidades notificantes do SIM, SINAN, SINASC, SI-PNI e outros sistemas que venham a ser introduzidos;
- b) envio dos dados ao nível estadual, regularmente, dentro dos prazos estabelecidos pelas normas de cada sistema;
- c) análise dos dados; e
- d) retroalimentação dos dados.

XV - divulgação de informações e análises epidemiológicas;

XVI - participação no financiamento das ações de Epidemiologia e Controle de Doenças, conforme disposições contidas nos artigos 14 a 19 desta Portaria;

XVII - participação, em conjunto com os demais gestores municipais e Secretaria Estadual de Saúde, na Comissão Intergestores Bipartite – CIB,

na definição da Programação Pactuada Integrada – PPI-ECD para a área de Epidemiologia e Controle de Doenças, em conformidade com os parâmetros definidos pela FUNASA;

XVIII - gestão dos estoques municipais de insumos estratégicos, inclusive com abastecimento dos executores das ações;

XIX - coordenação e execução das atividades de IEC de abrangência municipal;

XX - capacitação de recursos humanos.

Parágrafo único. As competências estabelecidas neste artigo poderão ser executadas em caráter suplementar pelos estados ou por consórcio de municípios, nas condições pactuadas na CIB.

#### **Seção IV**

##### **Do Distrito Federal**

Art. 4.º A gestão das ações de Epidemiologia e Controle de Doenças no Distrito Federal compreenderá, no que couber, simultaneamente, as atribuições referentes a estados e municípios.

## **CAPÍTULO II**

### **Da Programação e Acompanhamento**

Art. 5.º As ações de Epidemiologia e Controle de Doenças serão desenvolvidas de acordo com uma Programação Pactuada Integrada de Epidemiologia e Controle de Doenças/PPI-ECD, que será elaborada a partir do seguinte processo:

I - a FUNASA estabelecerá as atividades a serem realizadas e metas a serem atingidas na área de Epidemiologia e Controle de Doenças, em caráter nacional, especificadas para cada unidade da federação;

II - as atividades e metas estabelecidas servirão de base para que as Comissões Intergestores Bipartite – CIB de todas unidades da federação estabeleçam a PPI-ECD estadual, especificando para cada atividade proposta o gestor que será responsável pela sua execução.

Parágrafo único. As atividades e metas pactuadas na PPI-ECD serão acompanhadas por intermédio de indicadores de desempenho, envolvendo aspectos epidemiológicos e operacionais, estabelecidos pela FUNASA.

Art. 6º As Secretarias Estaduais de Saúde - SES e Secretarias Municipais de Saúde - SMS manterão à disposição da FUNASA, MS e órgãos de fiscalização e controle, todas as informações relativas à execução das atividades em questão.

### **CAPÍTULO III**

#### **Da Certificação**

Art. 7.º São condições para a certificação dos Estados e Distrito Federal assumirem a gestão das ações de Epidemiologia e Controle de Doenças:

- a) formalização do pleito pelo gestor estadual do SUS;
- b) apresentação da PPI-ECD para o estado, aprovada na CIB;
- c) comprovação de estrutura e equipe compatíveis com as atribuições; e
- d) comprovação de abertura de conta específica no Fundo Estadual de Saúde para o depósito dos recursos financeiros destinados ao Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças.

Art. 8.º A solicitação de certificação dos Estados e Distrito Federal, aprovada na CIB, será avaliada pela FUNASA e encaminhada para deliberação na CIT;

Art. 9.º Os municípios já habilitados em alguma das formas de gestão do sistema municipal de saúde, Plena da Atenção Básica – PAB ou Plena de Sistema Municipal – PSM, solicitarão a certificação de gestão das ações de Epidemiologia e Controle de Doenças mediante:

- a) formalização do pleito pelo gestor municipal;
- b) comprovação de estrutura e equipe compatíveis com as atribuições;
- c) programação das atividades estabelecidas pela PPI-ECD sob sua responsabilidade; e
- d) comprovação de abertura de conta específica no Fundo Municipal de Saúde para o depósito dos recursos financeiros destinados ao Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças.

Art. 10 A solicitação de certificação dos municípios será analisada pela Secretaria Estadual de Saúde e encaminhada para aprovação na Comissão Intergestores Bipartite – CIB.

Art. 11 As solicitações de municípios aprovadas na CIB serão encaminhadas para análise da FUNASA e posterior deliberação final da Comissão Intergestores Tripartite – CIT.

Art. 12 Quando julgado necessário, a FUNASA poderá efetuar ou solicitar a realização de processo de vistoria in loco, para efeito de certificação.

## CAPÍTULO IV

### Do Financiamento

Art. 13 O Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças – TFECD de cada unidade da federação destina-se, exclusivamente, ao financiamento das ações estabelecidas nas Seções II, III e IV, do Capítulo I, desta Portaria e será estabelecido por portaria conjunta da Secretaria-Executiva do Ministério da Saúde e da Fundação Nacional de Saúde.

Art. 14 As unidades da federação serão estratificadas da seguinte forma:

- a) Estrato I – Acre, Amazonas, Amapá, Pará, Rondônia, Roraima e Tocantins;
- b) Estrato II – Alagoas, Bahia, Ceará, Espírito Santo, Goiás, Maranhão, Minas Gerais, Mato Grosso do Sul, Mato Grosso, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte e Sergipe;
- c) Estrato III – Distrito Federal, São Paulo, Santa Catarina, Paraná e Rio Grande do Sul

Art. 15 O TFECD de cada unidade da federação, observado o estrato a que pertença, será obtido mediante o somatório das seguintes parcelas:

- a) valor per capita multiplicado pela população de cada unidade da federação;
- b) valor por quilômetro quadrado multiplicado pela área de cada unidade da federação;
- c) contrapartidas do estado e dos municípios ou do Distrito Federal, conforme o caso.

§ 1.º As contrapartidas de que trata a alínea “c” deverão ser para os estratos I, II e III de, respectivamente, no mínimo, 20 %, 30 % e 40 % calculadas sobre o somatório das parcelas definidas nas alíneas “a” e “b” e da parcela de que trata o § 1.º do artigo 17, desta Portaria.

§ 2.º Para efeito do disposto neste artigo os dados relativos a população e área territorial de cada unidade da federação são os fornecidos pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE.

Art. 16 A Comissão Intergestores Bipartite, baseada na PPI/ECD e observado o TFECD estabelecido, informará à Fundação Nacional de Saúde, o montante a ser repassado a cada Município para execução das ações programadas, que após aprovação, providenciará o seu repasse por intermédio do Fundo Nacional de Saúde.

Parágrafo único. O repasse de que trata o caput deste artigo somente será efetivado se o município encontrar-se certificado nos termos dos artigos 9 a 11 desta Portaria.

Art. 17 Os municípios certificados na forma estabelecida nos arts. 9 a 11 desta Portaria não poderão perceber valores per capita inferiores a 60% (sessenta por cento) daquele atribuído à unidade da federação correspondente.

§ 1.º Como estímulo à assunção, pelos municípios, das atividades de que trata o artigo 3.º, desta Portaria, será estabelecido, na forma definida no artigo 13, um valor per capita que multiplicado pela população do Município, observado o estrato a que pertença, será acrescido ao valor definido pela CIB.

§ 2.º O Distrito Federal fará jus ao incentivo de que trata este artigo a partir da data de sua certificação.

Art. 18 O repasse dos recursos federais do TFECD será feito, mensalmente, por intermédio do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estaduais e Municipais de Saúde, em conta específica, vedada sua utilização para outros fins não previstos nesta Portaria.

Parágrafo único. As atividades que são concentradas em determinada época do ano, a exemplo das campanhas de vacinação, terão os recursos correspondentes repassados integralmente junto com a parcela do segundo mês imediatamente anterior.

## **CAPÍTULO V**

### **Das Penalidades**

Art. 19 O cancelamento da certificação com a conseqüente suspensão do repasse dos recursos de que trata o artigo anterior será aplicável nos seguintes casos:

I - não cumprimento das atividades e metas previstas na PPI-ECD;

II - falta de comprovação da contrapartida correspondente;

III - emprego irregular dos recursos financeiros transferidos;

IV - falta de comprovação da regularidade e oportunidade na alimentação dos sistemas de informação epidemiológica (SINAN, SIM, SINASC, SI-PNI e outros que forem pactuados).

§ 1.º Após análise das justificativas eventualmente apresentadas pelo gestor estadual ou municipal, conforme o caso, e ouvida a CIB, a

FUNASA, com base em parecer técnico fundamentado, submeterá a proposta de cancelamento à CIT.

§ 2.º O cancelamento da certificação, observado os procedimentos definidos no parágrafo anterior, poderá, também, ser solicitado pela CIB.

§ 3.º As atividades de Epidemiologia e Controle de Doenças correspondentes serão assumidas:

a) pelo estado, em caso de cancelamento da certificação de município; ou

b) pela FUNASA, em caso de cancelamento da certificação de estado.

Art. 20 Além do cancelamento de que trata o artigo anterior os gestores estarão sujeitos às penalidades previstas em leis específicas, sem prejuízo, conforme o caso, de outras medidas, como:

I - comunicação aos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde;

II - instauração de tomada de contas especial;

III - comunicação ao Tribunal de Contas do Estado ou do Município, se houver;

IV - comunicação à Assembléia Legislativa do Estado;

V - comunicação à Câmara Municipal;

VI - comunicação ao Ministério Público Federal e à Polícia Federal, para instauração de inquérito, se for o caso;

## **CAPÍTULO VI**

### **Das Disposições Gerais**

Art. 21 Será descentralizada, da Fundação Nacional de Saúde – FUNASA, para os estados, municípios e Distrito Federal, a execução das ações de Epidemiologia e Controle de Doenças definidas como atribuições específicas desses níveis de gestão do Sistema Único de Saúde – SUS, de acordo com as disposições estabelecidas nesta Portaria.

Parágrafo único. Incluem-se no disposto no caput deste artigo as ações relativas às doenças abaixo especificadas:

a) Malária;

b) Leishmanioses;

c) Esquistossomose;



- d) Febre Amarela e Dengue;
- e) Tracoma;
- f) Doença de Chagas;
- g) Peste;
- h) Filariose;
- i) Bócio.

Art. 22 Para maior efetividade na consecução das ações de Epidemiologia e Controle de Doenças, por parte dos estados, municípios e Distrito Federal, recomenda-se às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde:

I - organizar estruturas específicas capazes de realizar todas as atividades sob sua responsabilidade de forma integrada, evitando-se a separação entre atividades de vigilância epidemiológica, vigilância ambiental em saúde e operações de controle de doenças, preferencialmente que esta estrutura tenha autonomia administrativa, orçamentária e financeira para a gestão de recursos, integrada aos Sistemas Estadual e Municipal de Saúde.

II - integrar a rede assistencial, conveniada ou contratada com o SUS, nas ações de prevenção e controle de doenças;

III - incorporar as ações de vigilância, prevenção e controle da área de epidemiologia e controle de doenças às atividades desenvolvidas pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS e Programa de Saúde da Família – PSF;

IV - integrar as atividades laboratoriais dos Laboratórios Centrais – LACEN e da rede conveniada ou contratada com o SUS, às ações de epidemiologia e controle de doenças.

## **CAPÍTULO VII**

### **Das Disposições Transitórias**

Art. 23 Durante o período de transição, até ser completada a descentralização das ações atualmente executadas pela FUNASA, serão observadas as seguintes regras:

I - será constituída, em cada unidade da federação, uma Comissão para Descentralização das Ações de Controle de Doenças Transmitidas por Vetores, com participação da FUNASA, SES e COSEMS, que apresentará um Plano de Descentralização detalhado para o estado, a ser aprovado

na CIB, contemplando, dentre outros, os seguintes aspectos:

- a) cronograma de descentralização das atividades;
- b) quantitativo e alocação de recursos humanos;
- c) bens móveis e imóveis a serem transferidos.

II - a programação de atividades em controle de doenças transmitidas por vetores deverá ser elaborada em conjunto entre a FUNASA e Secretaria Estadual de Saúde e aprovada na CIB;

## **CAPÍTULO VIII**

### **Das Disposições Finais**

Art. 24 Como instâncias de recurso, para os municípios que discordarem da avaliação da SES, ficam estabelecidos aqueles definidos para as demais pendências ordinárias, quais sejam, o Conselho Estadual de Saúde e a CIT, a não ser em questões excepcionais de natureza técnico-normativa, em que a Fundação Nacional de Saúde se caracterize como melhor árbitro.

Art. 25 A FUNASA repassará para a Secretaria Estadual de Saúde ou Secretaria Municipal de Saúde, conforme deliberado na CIB, para uso específico nas atividades de Epidemiologia e Controle de Doenças, as instalações e equipamentos atualmente utilizados nestas atividades, de acordo com definição conjunta entre a FUNASA e cada SES, preservando as instalações necessárias para o desempenho das atribuições que continuarão com as Coordenações Regionais.

Parágrafo Único. Os atuais Distritos Sanitários da FUNASA serão compatibilizados com as estruturas regionais existentes nas SES para garantirem a continuidade do funcionamento quando suas instalações e equipamentos forem repassados.

Art. 26 Os recursos humanos lotados nas Coordenações Regionais da FUNASA, incluindo os Distritos Sanitários, que executam ações de controle de doenças transmitidas por vetores, estarão disponíveis para serem cedidos à SES ou SMS, conforme deliberado na CIB, independentemente da sua situação de cessão atual, que poderá ser revogada, excetuando-se o quantitativo definido como necessário para as atividades que permanecerão executadas pelas Coordenações Regionais da FUNASA, inclusive aquelas efetivadas por intermédio dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas.

§ 1.º No período de 5 (cinco) anos, iniciado a partir de 1.º de janeiro

de 2000, a FUNASA submeterá a avaliação da CIT, na primeira reunião de cada ano, a análise da evolução da força de trabalho alocada a cada unidade da federação, nos termos do caput deste artigo, considerados, dentre outros, os seguintes aspectos:

- a) aposentadoria de servidores;
- b) incorporação de atividades ao PACS e PSF;
- c) aumento de produtividade em função da otimização de processos e incorporação de novos métodos de trabalho.

§ 2.º Caso seja constatada, considerados os fatores de que trata o parágrafo anterior, a redução real do quantitativo de pessoal inicialmente alocado, a CIT, por proposta da FUNASA, estabelecerá as medidas necessárias para o ajuste do quantitativo da força de trabalho, de forma a garantir a continuidade das atividades transferidas para os estados e municípios.

Art. 27 Os recursos humanos cedidos para as SES e SMS poderão ser convocados, em caráter temporário, pelo prazo máximo de noventa dias, pela FUNASA, quando esta estiver executando ações de prevenção e controle de doenças, em caráter suplementar e excepcional às SES.

Parágrafo único. As convocações superiores a noventa dias, bem assim a prorrogação do prazo inicial deverão ser autorizadas pela CIT.

Art. 28 A FUNASA, em conjunto com as SES, realizará capacitação de todos os agentes de controle de endemias, até o final do ano 2000, visando adequá-los às suas novas atribuições, incluindo conteúdos de vigilância epidemiológica e ambiental em saúde e execução de prevenção e controle de doenças com importância nacional e regional.

Art. 29 As SES serão responsáveis pela realização de exames de controle de intoxicação, para os agentes de controle de endemias cedidos que estiverem realizando ações de controle químico ou biológico.

Art. 30 A FUNASA estabelecerá critérios e limites para o pagamento da indenização de campo dos seus agentes de controle de endemias.

§ 1.º Mediante o envio pela SES da relação dos servidores que fazem jus a indenização de campo, a FUNASA realizará o pagamento devido.

§ 2.º Caso o limite fixado seja superior à despesa efetivada, o valor excedente será incorporado ao TFECED, a título de parcela variável, para utilização nos termos pactuados na CIB.


Art. 31 Fica delegada competência ao Presidente da FUNASA para edi-

tar, quando necessário, normas regulamentadoras desta Portaria, submetendo-as, quando couber, à apreciação da CIT.

Art. 32 Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, ficando revogadas as disposições em contrário.

JOSÉ SERRA

# Anexo F – Declaração de óbito


**República Federativa do Brasil**  
**Ministério da Saúde**  
 1ª Via - Secretaria de Saúde

**Declaração de Óbito** Nº \_\_\_\_\_

---

**I - Identificação do local de ocorrência**

1) Cantão \_\_\_\_\_ Código \_\_\_\_\_ 2) Registro \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

3) Município \_\_\_\_\_ 4) UF \_\_\_\_\_ 5) Cemitério \_\_\_\_\_

6) Tipo de Óbito  1 - Res.  2 - Nat.  3 - Obito \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_ 7) RIC \_\_\_\_\_ 8) Naturalidade \_\_\_\_\_

9) Nome do falecido \_\_\_\_\_

---

**II - Identificação do falecido**

10) Nome do pai \_\_\_\_\_ 11) Nome da mãe \_\_\_\_\_

12) Data de Nascimento \_\_\_\_\_ 13) Idade Anos completos \_\_\_\_\_ Meses \_\_\_\_\_ Dias \_\_\_\_\_ Horas \_\_\_\_\_ Minutos \_\_\_\_\_ Ignorado  14) Sexo  M - Masc.  F - Fem.  1 - Ignorado 15) Raça/cor  1 - Branca  2 - Preta  3 - Amarela  4 - Parda  5 - Indígena

16) Estado civil  1 - Solteiro  2 - Casado  3 - Vivo  4 - Separado judicialmente  5 - União consorciada  9 - Ignorado 17) Escolaridade (Em séries de estudos concluídas)  1 - Nenhuma  2 - De 1 a 4  3 - De 5 a 8  4 - De 9 a 11  5 - 12 e mais  9 - Ignorado 18) Ocupação habitual e ramo de atividade (se aposentado, indicar a ocupação habitual anterior) \_\_\_\_\_ Código \_\_\_\_\_

---

**III - Identificação do domicílio**

19) Logradouro (Rua, praça, avenida etc.) \_\_\_\_\_ Número \_\_\_\_\_ Complemento \_\_\_\_\_ 20) CEP \_\_\_\_\_

21) Bairro/Distrito \_\_\_\_\_ Código \_\_\_\_\_ 22) Município de residência \_\_\_\_\_ Código \_\_\_\_\_ 23) UF \_\_\_\_\_

---

**IV - Identificação do local de ocorrência**

24) Local de ocorrência do óbito  1 - Hospit.  2 - Outros estabelec. saúde  3 - Domicílio  4 - Via pública  5 - Outros  9 - Ignorado 25) Estabelecimento \_\_\_\_\_ Código \_\_\_\_\_

26) Endereço da ocorrência, se fora do estabelecimento ou da residência (Rua, praça, avenida etc.) \_\_\_\_\_ Número \_\_\_\_\_ Complemento \_\_\_\_\_ 27) CEP \_\_\_\_\_

28) Bairro/Distrito \_\_\_\_\_ Código \_\_\_\_\_ 29) Município de ocorrência \_\_\_\_\_ Código \_\_\_\_\_ 30) UF \_\_\_\_\_

---

**V - Informações sobre a mãe**

31) Idade \_\_\_\_\_ 32) Escolaridade (Em séries de estudos concluídas)  1 - Nenhuma  2 - De 1 a 4  3 - De 5 a 8  4 - De 9 a 11  5 - 12 e mais  9 - Ignorado 33) Ocupação e ramo de atividade da mãe \_\_\_\_\_ Código \_\_\_\_\_ 34) Número de filhos tidos (Não incluem os nascidos vivos e mortos)  1 - Nascidos vivos  2 - Mortos

35) Duração da gestação (Em semanas)  1 - Menos de 22  2 - De 22 a 27  3 - De 28 a 31  4 - De 32 a 36  5 - De 37 a 41  6 - 42 e mais  9 - Ignorado 36) Tipo de Gravidez  1 - Única  2 - Dupla  3 - Tripla ou mais  9 - Ignorado 37) Tipo de parto  1 - Vaginal  2 - Cesáreo  9 - Ignorado 38) Morte em relação ao parto  1 - Antes  2 - Durante  3 - Depois  9 - Ignorado 39) Peso ao nascer \_\_\_\_\_ Gramas 40) Num. da Decl. de Nascidos Vivos \_\_\_\_\_

---

**VI - Diagnóstico e causas da morte**

41) OBITOS EM MULHERES: A morte ocorreu durante a gravidez, parto ou aborto?  1 - Sim  2 - Não  9 - Ignorado A morte ocorreu durante o puerpério?  1 - Sim, até 42 dias  2 - Sim, de 43 dias a 1 ano  3 - Não  9 - Ignorado 42) Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte?  1 - Sim  2 - Não  9 - Ignorado

43) DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR: Exame complementar?  1 - Sim  2 - Não  9 - Ignorado 44) Cirurgia?  1 - Sim  2 - Não  9 - Ignorado 45) Necropsia?  1 - Sim  2 - Não  9 - Ignorado

46) CAUSAS DA MORTE ANOTE SOMENTE UMA DAS SEGUINTE POR LINHA

PARTE I: Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte

CAUSAS ANTECEDENTES: Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica

PARTE II: Outras condições significativas que contribuíram para a morte e que não entraram, porém, na cadeia causal

---

**VII - Identificação do médico**

47) Nome do médico \_\_\_\_\_ CRM \_\_\_\_\_ 48) O médico que assina atendeu ao falecido?  1 - Sim  2 - Substituto  3 - IMI  4 - SVO  5 - Outros

49) Meio de contato (Telefone, fax, e-mail etc.) \_\_\_\_\_ 50) Data do atestado \_\_\_\_\_ 51) Assinatura \_\_\_\_\_

---

**VIII - Prováveis circunstâncias de morte não natural** (Informações de caráter estritamente epidemiológico)

52) Tipo  1 - Acidente  2 - Suicídio  3 - Homicídio  4 - Outros  9 - Ignorado 53) Acidente do trabalho  1 - Sim  2 - Não  9 - Ignorado 54) Fonte da informação  1 - Boletim de Ocorrência  2 - Hospital  3 - Família  4 - Outros  9 - Ignorado

55) Direção jurídica do evento, INCLUINDO O BPO de local de ocorrência \_\_\_\_\_

56) Se a ocorrência foi em via pública, indicar o endereço (Logradouro, rua, praça, avenida, etc.) \_\_\_\_\_ Código \_\_\_\_\_

---

**IX - Assinaturas**

57) Declarante \_\_\_\_\_ 58) Testemunhas: A \_\_\_\_\_ B \_\_\_\_\_

Versão 06/98 - 01

## **Anexo G – Resolução n.º 1.601, de 9 de agosto de 2000**

RESOLUÇÃO CFM n.º 1.601/00 – Regulamenta a responsabilidade médica no fornecimento da Declaração de Óbito.

RESOLUÇÃO CFM n.º 1.601/2000

O Conselho Federal de Medicina, no uso das atribuições conferidas pela Lei n.º 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto n.º 44.045, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO o que consta nos artigos do Código de Ética Médica:

Art. 14 O médico deve empenhar-se para melhorar as condições de saúde e os padrões dos serviços médicos e assumir sua parcela de responsabilidade em relação à saúde pública, à educação sanitária e à legislação referente à saúde.

É vedado ao Médico:

Art. 39 Receitar ou atestar de forma secreta ou ilegível, assim como assinar em branco folhas de receituários, laudos, atestados ou quaisquer outros documentos médicos.

Art. 44 Deixar de colaborar com as autoridades sanitárias ou infringir a legislação vigente.

Art. 110 Fornecer atestado sem ter praticado o ato profissional que o justifique, ou que não corresponda a verdade.

Art. 112 Deixar de atestar atos executados no exercício profissional, quando solicitado pelo paciente ou seu responsável legal.

Art. 114 Atestar óbito quando não o tenha verificado pessoalmente, ou quando não tenha prestado assistência ao paciente, salvo, no último caso, se o fizer como plantonista, médico substituto, ou em caso de necropsia e verificação médico-legal.

Art. 115 Deixar de atestar óbito de paciente ao qual vinha prestando assistência, exceto quando houver indícios de morte violenta.

CONSIDERANDO que declaração de óbito é parte integrante da assistência médica;

CONSIDERANDO a declaração de óbito como fonte imprescindível de dados epidemiológicos;

CONSIDERANDO que morte natural tem como causa a doença ou lesão que iniciou a sucessão de eventos mórbidos que levou diretamente à morte;

CONSIDERANDO que morte não natural é aquela que sobrevem em decorrência de causas externas violentas;

CONSIDERANDO a necessidade de regulamentar a responsabilidade médica no fornecimento da declaração de óbito;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido em Reunião Plenária realizada em 9 de agosto de 2.000,

RESOLVE:

Art. 1.º O preenchimento dos dados constantes na declaração de óbito é da responsabilidade do médico que a atestou.

Art. 2.º Os médicos no preenchimento da declaração de óbito obedecerão as seguintes normas:

**1) Morte Natural:**

*i) Morte sem assistência médica:*

a) Nas localidades com Serviço de Verificação de Óbitos – SVO.

A declaração de óbito deverá ser fornecida pelos médicos do SVO.

b) Nas localidades sem SVO.

A declaração de óbito deverá ser fornecida pelos médicos do serviço público de saúde mais próximo do local onde ocorreu o evento, e na sua ausência qualquer médico da localidade.

*ii) Morte com assistência médica:*

a) A declaração de óbito deverá ser fornecida sempre que possível pelo médico que vinha prestando assistência.

b) A declaração de óbito do paciente internado sob regime hospitalar deverá ser fornecida pelo médico assistente e na sua falta por médico substituto pertencente à instituição.

- c) A declaração de óbito do paciente em tratamento sob regime ambulatorial, deverá ser fornecida por médico designado pela instituição que prestava assistência ou pelo SVO.

**2) Morte Fetal:**

- Em caso de morte fetal, os médicos que prestaram assistência à mãe ficam obrigados a fornecer a declaração de óbito do feto, quando a gestação tiver duração igual ou superior a 20 semanas ou o feto tiver peso corporal igual ou superior a 500 (quinhentos) gramas e/ou estatura igual ou superior a 25cm.

**3) Mortes violentas ou não naturais:**

- A declaração de óbito deverá obrigatoriamente ser fornecida pelos serviços médico-legais.

Parágrafo único: Na localidade onde existir apenas 01 (um) médico, este é o responsável pelo fornecimento da declaração de óbito.

Art. 3.º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação e revoga a Resolução CFM n.º 1.290/89.

Brasília-DF, 9 de agosto de 2000.

Edson de Oliveira Andrade  
*Presidente*

Rubens dos Santos Silva  
*Secretário Geral*



## **Anexo H – Modelo de carta utilizada pelo Município de Porto Alegre**

PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
ASSESSORIA DE PLANEJAMENTO E PROGRAMAÇÃO

Porto Alegre,      de                      de

Prezado(a) Doutor(a):

O Comitê Municipal de Morte Materna encontra-se realizando busca ativa de todos os óbitos de mulheres em idade fértil visando melhor esclarecer o coeficiente de mortalidade materna deste município.

O objetivo desta pesquisa, de caráter técnico-científico, sigiloso, não coercitivo ou punitivo, visa corrigir as estatísticas do coeficiente de mortalidade materna. Solicitamos que o colega nos esclareça se, quando ocorreu o óbito, a paciente encontrava-se grávida ou até 42 dias após o parto ou se esteve grávida nos 12 meses anteriores ao óbito.

Sua informação é de fundamental importância para que possamos qualificar o preenchimento deste importante documento e, cada vez mais, melhorar a qualidade do estudo e prevenção das mortes maternas em Porto Alegre. Gostaríamos de alertá-lo de que o preenchimento incompleto da declaração de óbito consiste em infração ética conforme parecer do CREMERS.

Segue o novo modelo da DO (Declaração de Óbito) para que os senhores possam familiarizar-se e preenchê-lo com a devida precaução para que possamos proceder aos estudos estatísticos quantitativos e qualitativos das mortes maternas ocorridas em nosso município. Os campos que se referem à mortalidade materna são 43 e 44.

## Óbitos em Mulheres

<p>43 A morte ocorreu durante a gravidez, parto ou aborto?</p> <p><input type="checkbox"/> 1-SIM <input type="checkbox"/> 2-NÃO <input type="checkbox"/> 3-IGNORADO</p>	<p>44 A morte ocorreu durante o puerpério?</p> <p><input type="checkbox"/> 1-SIM até 42 dias <input type="checkbox"/> 2-SIM de 43 dias a 1 ano <input type="checkbox"/> 3-NÃO <input type="checkbox"/> 4-IGNORADO</p>
---	---

Atenciosamente,

Soraia Nilsa Schmidt  
Presidente do CMEPMM

## **Anexo I – Modelo de Credencial**

Ofício n.º

Prezado(a) Senhor(a),

Temos a honra de confirmar a participação de Vossa Senhoria no Comitê de Morte Materna, instalado neste Estado/Região/Município.

Para facilitar o desempenho das vossas atribuições, enviamos, anexo, sua credencial .


Antecipadamente agradecemos sua colaboração e apresentamos votos de estima e apreço.

Atenciosamente,

Presidente do Comitê de Morte Materna

ou

Secretário de Saúde


<b>SECRETARIA DE SAÚDE COMITÊ DE MORTE MATERNA</b>
Nome:
RG:
<b>MEMBRO</b>



## **Anexo K – Modelo de Carta de Apresentação**

Ofício n.º

Senhor Diretor,

O Comitê de Morte Materna, criado pela Portaria n.º ....., atua de forma confidencial e sigilosa, está procedendo à investigação dos óbitos de mulheres de 10 a 49 anos com a finalidade de traçar o perfil epidemiológico das mortes maternas e sugerir intervenções de saúde que visem reduzi-las.

Para tanto, é necessário que o ....., membro desse Comitê, tenha acesso aos profissionais que atenderam as pacientes e/ou prontuários respectivos. Portanto solicitamos que Vossa Senhoria facilite a investigação, participando dessa forma do processo que visa melhorar a atenção à saúde da mulher. Qualquer outra colaboração de Vossa Senhoria será bem recebida por este Comitê/Secretaria.

Sendo o que se apresenta para o momento, apresentamos nossos votos de estima e consideração.

Atenciosamente,

Secretário de Saúde/ Presidente do Comitê

## Anexo L – Modelos de Instrumentos de Notificação de Óbito de Mulher em Idade Fértil e de Investigação Confidencial do Óbito Materno

### Parte A – Instrumento de notificação de óbito de mulher em idade fértil

1. Nome:	
2. Data de falecimento:     /     /	3. Número da DO
4. Endereço habitual / rua/ n.º/complemento	
Bairro:	
Município:	
5. Telefone:	
6. Local da ocorrência:	
Município:	
7. Descreva com detalhes a doença ou o fato (acidente ou violência) que levou à morte.	
8. A falecida estava grávida ou esteve grávida nos 12 meses anteriores à morte?	
1. Sim    2. Não    99. Não sabe <input type="checkbox"/>	Em caso negativo, encerrar a investigação. <i>Em caso positivo ou NÃO SABE, prosseguir.</i> <i>No caso de NÃO SABE se houver evidências durante a entrevista de que a falecida não ficou grávida, encerrar a investigação.</i>
Nome do entrevistador:	
Data:     /     /	

**Parte B – Instrumento de Investigação Confidencial de Óbito Materno  
(Dados Em Domicílio)**

**Quando a visita domiciliar não for suficiente para levantar todas as informações contidas nessa parte do instrumento, o investigador deve procurar o ambulatório ou hospital que atendeu a mulher.**

Nome:
Número da DO:

**9. Dados Pessoais**

9.1 Idade (em anos completos) <input type="text"/>	9.2 Qual era a raça /cor dela? <input type="text"/>
9.3 Ela vivia com companheiro? 1. Sim 2. Não 99. Não Sabe <input type="text"/>	Branca 01 Amarela 04
	Preta 02 Vermelha (Indígena) 05
	Parda 03 Não Sabe 99
9.4 Ela freqüentou a escola até que ano? <input type="text"/>	9.5 Qual era a renda total familiar no mês em que ocorreu a morte? (em salário mínimo) <input type="text"/>
Não freqüentou 01	Sem renda 01
1.º Grau incompleto 02	Menos de 1 salário 02
1.º Grau completo 03	De 1 até 2 salários 03
2.º Grau incompleto 04	Mais de 2 a 3 salários 04
2.º Grau completo 05	De 4 a 6 salários 05
3.º Grau incompleto 06	Mais de 6 salários 06
3.º Grau completo 07	Não sabe 99
Não sabe 99	
9.6 Calcule a renda <i>per capita</i> dividindo a renda total pelo número de membros da família.	9.7 A falecida tinha algum convênio privado de saúde? 1. Sim 2. Não 99. Não sabe <input type="text"/>

**10. História Obstétrica (excluindo a gestação atual) (caso alguma resposta não se aplique, marque 88)**

10.1 Quantas vezes ela engravidou?	
10.2 Quantas foram partos vaginais?	
10.3 Quantas foram cesarianas?	
10.4 Quantas terminaram em aborto?	
10.5 Quantos nasceram vivos?	
10.6 Quantos nasceram mortos?	
10.7 Quando foi a última gestação anterior a esta? (Anotar o tempo e anos completos).	
10.8 Ela Teve Algum Problema De Saúde Nas Gestações Anteriores? 1. Sim 2. Não 88 Não Se Aplica 99. Não Sabe <input type="text"/>	10.8.1 Em Caso Positivo, Qual? <hr/> <hr/>





12.1.4 Sabe quantos meses tinha de gestação quando começou o pré-natal? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (De 1 a 9. Caso não sabe, colocar 99)	
12.1.5 Sabe com quantos meses ela estava quando fez a última consulta? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (De 1 a 0. caso não sabe, colocar 99)	
12.2 Sabe se ela desenvolveu algum problema de saúde durante a gravidez? 1. Sim 2. Não 99. Não sabe <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	12.2.1 Em caso positivo, anotar endereço. _____ _____
12.3 Ela foi considerada gestante de risco e encaminhada a uma unidade de referência para tratamento de algum problema relacionado à gestação de risco?  1. Sim 2. Não 99. Não sabe <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	12.3.1. Ela foi atendida nessa unidade de referência?  1. Sim 2. Não 99. Não sabe <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
12.4. Ela foi internada durante a gestação?  1. Sim 2. Não 99. Não sabe <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	12.4.1 Em caso positivo, quantas vezes foi internada? _____ _____
12.4.2 Em que locais? _____ _____	
12.4. Porque? _____ _____	
12.5 Se ela não fez o pré-natal, sabe o porquê? _____ _____	
13.1 – Momento do óbito  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> gestação	1. Durante o aborto 2. Após aborto 3. Na gestação 4. No parto (até 1 hora após parto). 5. No puerpério (até 42 dias do término da gestação) 6. Entre o 43.º dia e até 1 ano após o término da  99. Não sabe
13.2 Onde ela morreu?  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1. No hospital 2. Em casa 3. Na via pública 4. Na casa da parteira 5. Outro lugar (especificar)

13.3 Em caso de hospital:	
13.3.1 Nome do estabelecimento de saúde	
<hr/>	
13.3.2 Qual foi o setor hospitalar em que ocorreu o óbito?  <input type="checkbox"/>	01. UTI 02. Enfermaria 03. Centro obstétrico 04. Pronto atendimento 05. Outros 99. Não sabe
13.4 Endereço do local do óbito	
<hr/>	
14.1 Local do parto ou aborto  <input type="checkbox"/>	01. Hospital 02. Domicílio 03. Outro 99. Não sabe
14.1.1 Em caso de aborto/parto, em que data ocorreu?	/ /
14.1.2 Ela recebeu assistência no primeiro hospital que procurou em trabalho de parto ou por ocasião do aborto? Em caso de parto, passar para 14.2.1	
<input type="checkbox"/>	01. Sim 02. Não 99. Não sabe
14.1.3.O aborto foi:	
<input type="checkbox"/>	01. Espontâneo 02. Induzido 03. Provocado 99. Não sabe
14.1.4 Após o aborto a falecida apresentou algum destes sintomas?	
<input type="checkbox"/>	01. Não apresentou nada 02. Febre 03. Sangramento vaginal 04. Secreção vaginal com mal cheiro 05. Dor na barriga 06. Dificuldade de urinar ou defecar 07. Falta de apetite/náuseas 08. Tonturas/desmaios 09. Tristeza/depressão 10. Outros 99. Não sabe (passar para o item 14.3)

14.2.1 Qual foi o tipo de parto?  <input type="checkbox"/>	01. Não teve parto ela morreu com o bebê na barriga 02. Parto vaginal 03. Cesariana 99. Não sabe
14.2.2 Quem fez o parto?  <input type="checkbox"/>	01. Médico 02. Enfermeira 03. Parteira 04. Outros (especificar) 99. Não sabe
14.2.3 Ela teve problema durante ou depois do parto?  <input type="checkbox"/>	01. Sim 02. Não 99. Não sabe
14.2.4 Se positivo qual?  _____	
14.3 Em algum momento da gravidez, parto, aborto ou puerpério ela precisou ir para a uti?  <input type="checkbox"/>	01. Sim 02. Não (ir para o item 14.4.1) 99. Não sabe
14.3.1 Se positivo, a UTI era:  <input type="checkbox"/>	01. No mesmo hospital 02. Em outro (qual?) 03. Não sabe 04. Não conseguiu vaga
14.3.2 Ela teve alta depois que abortou ou pariu?  <input type="checkbox"/>	01. Sim 02. Não (ir para o item 15) 99. Não sabe
14.3.3 Se positivo, qual o problema de saúde que ela teve depois do aborto/parto que levou a morte ?  _____	
14.3.3 1 Ela foi internada novamente?  <input type="checkbox"/>	01. Sim 02. Não (ir para o item 15) 99. Não sabe
14.3.4 Se sim, aonde?  _____	
15 Condições do nascimento (em caso de parto domiciliar)  _____	
15.1 O bebê nasceu  <input type="checkbox"/>	01. Vivo 02. Morto 99. Não sabe

16. Alguma crítica em relação ao atendimento hospitalar, ou a qualquer outro serviço de saúde, que ela tenha procurado quando precisou resolver o problema que a levou à morte? (problemas de acesso aos serviços, dificuldade de obtenção de vagas, falta de medicamento, discriminação do serviço com relação à família entre outras)

---

---

---

Nome do entrevistador:

---

---

**Parte C – Instrumento de Investigação Confidencial de Óbito Materno (Dados Hospitalares)**

Nome da falecida: \_\_\_\_\_

Número da DO.: \_\_\_\_\_

Tipo de seguro saúde \_\_\_\_\_

17. História da internação \_\_\_\_\_

17.1. Data da internação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

17.1.1 Procedência  <input type="checkbox"/>	1. Domicílio no mesmo município.....1
	2. Domicílio em outro município.....2
	3. Transferida de outro hospital no mesmo município
	4. Transferida de hospital em outro município
	5. Encaminhada de outro hospital no mesmo município
	6. Encaminhada de hospital em outro município
	7. Encaminhada de serviço de saúde ambulatorial do mesmo município
	8. Encaminhada de serviço de saúde ambulatorial de outro município
	99. Sem informação

17.1.2 Motivo da internação: (copie ou faça um resumo do motivo da internação):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

17.1.3 Hipótese diagnóstica registrada no prontuário:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

17.1.4 condição de internação  <input type="checkbox"/>	1. Boa
	2. Regular
	3. Grave
	4. Agonizante
	5. Sem vida
	6. Sem informação no prontuário

## 17.2 Evolução

17.2.1 Evolução e tratamento médico (registrar os principais exames e procedimentos realizados, dificuldades por falta ou baixa qualidade de equipamento e falta de medicamentos ou os disponíveis eram inapropriados, avaliar o intervalo entre a internação e o primeiro atendimento) se necessário anexar folhas em branco

---

---

---

### 17.2.2 Anotações de Enfermagem:

---

---

---

### 17.2.3 Anotações do anestesista:

---

---

---

### 17.3 Causa(s) da morte escrita(s) no prontuário:

---

---

---

18. Gestação atual	
18.1 Data da última menstruação ___/___/___	
18.2 Data provável do parto ___/___/___	
19 Término da gestação	
19.1 A gestação terminou em	Não houve expulsão do embrião/feto
	Aborto espontâneo
	Aborto induzido permitido por lei
	Aborto provocado
	Aborto sem menção de espontâneo ou provocado
	Expulsão da mola hidatiforme
	Complicações por gravidez ectópica
	Parto vaginal
	Parto forceps
	Cesariana

19.2 Data do termino da gestação	____/____/____
19.3 Idade gestacional	Em semanas _____ se não houver colocar em meses _____.
19.4.1 Em caso de aborto provocado ou induzido, qual foi o procedimento utilizado para indução do aborto? (Neste item pode ser assinalado mais de um procedimento)	1. Amiu/sucção
	2. Drogas qual? _____
	3. Curetagem
	4. Substâncias cáusticas
	5. Físicos (sondas, etc.)
	6. Micro-cesárea
	7. Chás caseiros
	8. Sem informação no prontuário
	99. Não sabe
19.4.2 Intercorrências no aborto	1. Não apresentou nada
	2. Febre
	3. Sangramento vaginal
	4. Secreção vaginal com mal cheiro
	5. Dor na barriga
	6. Dificuldade de urinar ou defecar
	7. Falta de apetite/náuseas
	8. Tonturas/desmaios
	9. Tristeza/depressão
	10. Infecção
	11. Perfuração
	12. Outros (especificar)
	88. Sem informação no prontuário
99. Não sabe	
19.5 Parto (responder quando a gestação terminou em parto com mais de 20 semanas)	1. Sim
	2. Não
	88. Sem informação no prontuário
19.5.1 Indução do parto	99. Não sabe
19.5.2 Duração do trabalho de parto (partograma)	_____ horas 88. Sem informação no prontuário
19.5.3 Drogas usadas durante o trabalho de parto	Nome da droga e dosagem _____ — sem informação no prontuário

19.5.4 Bolsa rota	1. Sim
	2. Não
	88. Sem informação no prontuário
	99. Não sabe
19.5.5 Se a bolsa estava rota anotar o tempo	_____h
	88. Sem informação no prontuário
19.5.6 Intercorrência no trabalho de parto .	1. Sem complicações
	2. Eclâmpsia
	3. Pré-eclâmpsia
	4. Sangramento
	5. TP prolongado
	6. Obstrução do trabalho de parto
	7. Hipertonia
	8. Sofrimento fetal
	9. Corioamnionite
	10. Outra (especificar)
	88. Sem informação no prontuário
99. Não sabe	
19.5.7 Intercorrência no parto	1. Sem complicações
	2. Atonia uterina
	3. Retenção placentária
	4. Laceração de partes moles
	5. Outras (especificar)
	6. Sem informação no prontuário
	7. Não sabe
19.5.8 Indicação da cesariana	1. O parto foi vaginal
	2. Duas ou mais cesáreas anteriores
	3. Cesárea em morte materna iminente ou post mortem
	4. Sofrimento fetal
	5. Desproporção céfalo-pélvica
	6. Distocia funcional
	7. DPP/feto vivo
	8. Prolapso de cordão
	9. Iminência e/ou rotura uterina
	10. Outra (especificar)
	11. Sem informação



19.6 Informações adicionais 19.6.1 Outros procedimentos realizados além do parto, da cesárea ou do aborto	0. Não houve necessidade de realizar outros procedimentos
	1. Histerectomia
	2. Ligadura de artérias hipogástricas
	3. Outros (especificar)_____
	99. Sem informação
19.7.1 Anestesia	1. Sim
	2. Não (se não, ir para o item 19.8.1)
	99. Sem informação
19.7.2 Tipo de anestesia	1. Locorregional
	2. Peridural
	3. Raquidiana
	4. Geral
	5. Sem informação
19.7.3 Quem realizou?	1. Anestesista
	2. Outro (especificar)
	3. Sem informação
19.7.4 Complicações da anestesia	Sim
	Não
	Sem informação
19.7.5 Se sim, qual?	_____
19.8.1 Houve necessidade de sangue/hemoderivados?	1. Sim
	2. Não.(se não, ir para o item 20.1)
	99. Não sabe
19.8.2 Ela recebeu sangue/hemoderivados?	1. Sim
	2. Não
	99. Sem informação
19.8.3 De que natureza	1. Papa de hemácias
	2. Plasma fresco congelado
	3. Crioprecipitado
	4. Concentrado de plaquetas
	5. Outros
99. Sem informação	
19.9.4 Qual foi o intervalo de tempo decorrido entre a prescrição e a administração do sangue ou hemoderivados?	_____
19.9.5 Qual foi a quantidade de bolsas administradas?_____	

20 Condições ao nascer	
20.1 O recém-nascido nasceu	1. Vivo
	2. Morto
20.2 Se morto, foi:	1. Antes do parto
	2. Intraparto
	99. Não sabe
20.3 Peso (em gramas)	_____g
20.4 Apgar	1.º Minuto _____
	5.º Minuto _____

### 21. Dados do puerpério

21.1. Intercorrências no puerpério até 2 horas pós-parto.	1. Sem intercorrência
	2. Sangramento
	3. Atonia uterina
	4. Placenta acreta
	5. Outra(s) (especificar)
	99. Sem informação
21.2 Intercorrências no puerpério de 2 horas pós-parto até a alta hospitalar	1. Sem intercorrência
	2. Sangramento
	3. Infecção puerperal
	4. Embolias
	5. Outra(s) (especificar)
	99. Sem informação
21.3 Intercorrências da alta até 42 dias após término da gestação.	1. Sem intercorrências
	2. Sangramento
	3. Infecção puerperal
	4. Trombose venosa profunda
	5. Embolias
	6. Depressão puerperal
	7. Outra(s) (especificar)
	99. Sem informação
21.4 Condições de alta	1. Bom estado geral
	2. Óbito
	3. Transferências
	4. Outra(s) (especificar)
	99. Sem informação

21.5 Profissional que prestou assistência obstétrica	1. obstetra
	2. enfermeira
	3. clínico geral
	4. parteira
	5. Outro (especificar)
99. Sem informação	
22 Cuidados intensivos	
22.1 Houve necessidade de UTI?	1.sim
	3. Não (se não, ir para o item 23)
	99. Sem informação
22.2 Foi encaminhada à UTI ?	1. Sim
	2. Não
	99. Sem informação
22.3 Em caso positivo, qual foi o tempo transcorrido entre a solicitação e a transferência?	_____ h.
22.4 Em caso negativo, por que?	_____
23. Foi solicitada e realizada a necrópsia	1. Sim
	2. Não
	99. Não sabe
	Obs.: em caso positivo deve ser preenchido o formulário referente aos dados da necropsia.

Responsável pelo preenchimento: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Parte D – Laudo de Necropsia**

Nome da falecida: \_\_\_\_\_

Data de falecimento //número da DO: \_\_\_\_\_

Causa morte: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Descrição do laudo de necropsia:

(ou de informações relevantes da guia policial)

Exame macroscópico (transcrever os principais achados)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Exame microscópico e/ou toxicológico: \_\_\_\_\_

Responsável pelo preenchimento: \_\_\_\_\_

## FICHA-RESUMO DE INVESTIGAÇÃO CONFIDENCIAL DO ÓBITO MATERNO

(Esta ficha somente deverá ser anexada quando da análise final do caso)

Resumo do caso (deve conter: iniciais da falecida, idade, gesta, para, n.º partos normais, abortos e cesáreas, n.º de consultas de pré-natal e início do mesmo, idade gestacional, momento do óbito- durante a gestação, aborto, parto ou puerpério), sumário da história ou fato que levou ao óbito.

---

---

---

Fontes de dado consultadas:

- ( ) Entrevista domiciliar
- ( ) Registros ambulatoriais
- ( ) Prontuários hospitalares
- ( ) Laudo de necrópsia
- ( ) Entrevistas com profissionais de saúde

Causa de óbito na declaração de óbito original, se houver. Código CID -10	
Parte I	a) _____ b) _____ c) _____ d) _____
Parte II	_____ _____
O campo 43 e 44 da do foi preenchido? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
1. Sim 2. Não	
Causa básica de óbito corrigida _____	CID-10 _____
Na opinião do comitê, a assistência pré-natal foi adequada? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
1. Sim 2. Não 3. Inconclusivo	
Se negativo, quais os motivos? _____ _____	
Se inconclusivo, por quê? _____ _____	
Na opinião do comitê a assistência no parto ou aborto foi adequada <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
1. Sim 2. Não 3. Inconclusivo	

Se negativo, quais os motivos?	
<hr/> <hr/>	
Se inconclusivo, por quê?	
Na opinião do comitê, a assistência no puerpério foi adequada?	
<input type="checkbox"/>	1. Sim
<input type="checkbox"/>	2. Não
<input type="checkbox"/>	3. Inconclusivo
Se negativo, quais os motivos?	
<hr/> <hr/>	
Se inconclusivo, por quê?	
<hr/> <hr/>	
Evitabilidade	
<input type="checkbox"/>	1. Evitável
<input type="checkbox"/>	2. Provavelmente evitável
<input type="checkbox"/>	3. Inevitável
Fatores de evitabilidade	
<input type="checkbox"/>	1. Comunidade/família/gestante
<input type="checkbox"/>	2. Profissional
<input type="checkbox"/>	3. Institucional
<input type="checkbox"/>	4. Sociais
<input type="checkbox"/>	5. Intersetoriais
Classificação do óbito	
<input type="checkbox"/>	1. Materno (até 42 dias após término da gestação)
<input type="checkbox"/>	2. Materno tardio (de 43 dias a menos de 1 ano do término da gestação)
<input type="checkbox"/>	3. Ano no término da gestação)
<input type="checkbox"/>	4. Não obstétrico
<input type="checkbox"/>	9. Ignorado
Óbito materno	
<input type="checkbox"/>	1. Obstétrico direto
<input type="checkbox"/>	2. Obstétrico indireto
3.	Inconclusivo, se obstétrico direto ou indireto
	4. Não relacionado à gravidez

Óbito materno <input type="checkbox"/>	1. Declarado 2. Não declarado
---	----------------------------------

**Recomendações do comitê:**

Correção da DO :  
Parte I

---

---

---

Parte II

---

---

---

Assistência hospitalar

---

---

---

Assistência Pré-natal

---

---

---

Assistência ao planejamento familiar

---

---

---

Outras

---

---

---

---

---

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde:

<http://www.saude.gov.br/bvs>

O conteúdo desta e de outras obras da Editora do Ministério da Saúde pode ser acessado na página:

<http://www.saude.gov.br/editora>



EDITORA MS

Coordenação-Geral de Documentação e Informação/SAA/SE  
MINISTÉRIO DA SAÚDE

(Normalização, revisão, editoração, impressão, acabamento e expedição)

SIA, trecho 4, lotes 540/610 – CEP: 71200-040  
Telefone: (61) 3233-2020 Fax: (61) 3233-9558

*E-mail:* [editora.ms@saude.gov.br](mailto:editora.ms@saude.gov.br)

*Home page:* <http://www.saude.gov.br/editora>

Brasília – DF, julho de 2007

OS 0108/2007